



HAL
open science

L'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels : étude transversale au sein d'une cohorte de 209 femmes suivies dans une maternité de type III

Judith Bon

► To cite this version:

Judith Bon. L'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels : étude transversale au sein d'une cohorte de 209 femmes suivies dans une maternité de type III. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01703087

HAL Id: dumas-01703087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01703087>

Submitted on 7 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE CLERMONT-AUVERGNE

**L'IMPACT DE LA DOULEUR PERINEALE
DU POST-PARTUM SUR LA REPRISE DES
RAPPORTS SEXUELS**

**Etude transversale au sein d'une cohorte de 209 femmes suivies dans
une maternité de type III**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Judith BON

Née le 26 Décembre 1994

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE CLERMONT-AUVERGNE

**L'IMPACT DE LA DOULEUR PERINEALE
DU POST-PARTUM SUR LA REPRISE DES
RAPPORTS SEXUELS**

**Etude transversale au sein d'une cohorte de 209 femmes suivies dans
une maternité de type III**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Judith BON

Née le 26 Décembre 1994

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



REMERCIEMENTS

A Inès Parayre, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand : que je tiens à remercier pour avoir accepté de diriger ce travail de recherche et m'avoir apporté aide et soutien tout au long de sa réalisation.

A Céline Lambert et Bruno Pereira, biostatisticiens à la Délégation de la Recherche Clinique et d'Innovation : Merci de m'avoir apporté cette disponibilité et cette aide qui furent très précieuses.

Au service de la maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes, pour m'avoir permis de recueillir des données auprès des patientes et pour sa participation dans cette quête.

A toutes les participantes de cette étude, sans qui, ce travail de fin de cursus n'aurait pu être réalisé, un grand merci.

A toute l'équipe enseignante, pour la formation et l'encadrement apportés pendant ces années d'études.

A ma famille, mes parents et ma sœur, pour leur soutien depuis toujours et pour m'avoir amenée jusqu'ici sans jamais douter de moi.

A Adrien, pour avoir été là pour moi ces dernières années et pour m'avoir apporté son soutien affectif.

A la promotion, pour ces cinq années d'entraide et de travail mais aussi d'amitié et de bonheur qui j'espère ne s'arrêteront jamais.

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EVA : Echelle Visuelle Analogique de la douleur

EVB : Echelle Verbale Simple de la douleur

EN : Echelle Numérique de la douleur

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. La douleur	3
II. Le périnée	5
III. Le post-partum.....	8
IV. La sexualité dans le post-partum	10
V. Les dyspareunies.....	13
PATIENTES ET METHODE	16
I. L'étude et objectifs.....	16
II. Méthode	16
RESULTATS	23
I. Diagramme de flux.....	23
II. Taux de participation	23
III. Description de la population étudiée	24
IV. L'impact de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la reprise des rapports sexuels.....	26
V. Les résultats secondaires de l'étude.....	28
DISCUSSION	35
I. Les forces et les limites de l'étude.....	35
II. Description de la population	37
III. Discussion des résultats de l'étude.....	38
IV. Projet d'action.....	44
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Suite à l'accouchement, les risques de troubles périnéaux et, plus précisément, de douleur périnéale, sont fréquents. Ils peuvent dans certains cas persister au long terme, causant alors une perturbation du quotidien de la femme et, parfois, une altération de sa sexualité. Dans une société du 21ème siècle, où les mentalités ne font qu'évoluer, la sexualité prend une place croissante au sein de la vie des femmes. D'après une enquête internationale réalisée par l'Ipsos en 2007 (1) sur la sexualité de la femme moderne, trois femmes sur quatre considèrent cette dernière comme un élément important ou très important du bien-être et de la stabilité de leur couple. Un tiers d'entre elles estiment, en outre, qu'elle renforce la relation dans le couple, donne confiance, rassure et leur apporte plaisir physique et détente.

Cependant, la sexualité reste un sujet délicat et difficile à aborder dans la vie de tous les jours et dans le suivi médical. En effet, suite à plusieurs stages effectués, comme en service de suites de couches ou en consultations de visites post-natale par exemple, il a pu être mis en évidence, de façon générale mais non exhaustive, que les professionnels de santé comme les femmes n'évoquent que très peu la reprise de la sexualité. De plus, la reprise des rapports sexuels en fonction des douleurs périnéales reste un phénomène très peu étudié dans la littérature.

Il était donc intéressant de se demander si la douleur périnéale suite à l'accouchement a un impact sur la reprise des rapports sexuels et sur certaines dysfonctions de la sexualité dans le post-partum.

Ce mémoire avait donc pour but d'évaluer l'influence de la douleur périnéale suite à l'accouchement sur la reprise des rapports sexuels et sur la présence de dyspareunies. Deuxièmement, il était de rechercher les différents facteurs probablement prédictifs de douleur périnéale et de reprise des rapports. Ainsi, une étude observationnelle à visée étiologique a été réalisée au sein d'une cohorte de 209 accouchées dans une maternité de type III.

Au préalable, une synthèse de l'état actuel des connaissances sur le thème abordé a été réalisée. Puis, une description de la méthode permettant de réaliser cette recherche a été présentée. Enfin, une analyse détaillée des résultats développant les principales interrogations de l'étude, la discussion, incluant le projet d'action et la conclusion ont été exposés. Le projet d'action qui était proposé visait, principalement à améliorer la prise en charge présentée aux patientes devant des douleurs périnéales.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La douleur

1. Définition

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle décrite en termes d'une telle lésion (2). Il est décrit plusieurs composantes de la douleur : la composante sensori-discriminative, soit la capacité d'analyse du stimulus, la composante affective qui correspond au caractère désagréable de la nociception, la composante cognitive qui met en jeu les phénomènes comportementaux référés comme l'expérience mémorisée et la composante comportementale, d'abord, somatique correspondant au mouvement de retrait, mais aussi, neurovégétative responsable de modification des constantes, et enfin, psychomotrice c'est-à-dire les manifestations verbales ou physiques.

La définition commune de la douleur décrit une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps.

La douleur est donc un processus complexe que chacun peut vivre de façon très différente selon sa physiologie, ses expériences passées, son état psychologique du moment et l'origine de la douleur. Elle peut être très difficile à décrire pour les patients, de plus cette définition reste peu explicite.

2. Méthodes valides pour étudier la douleur et obligation de l'évaluer dans les pratiques professionnelles.

La Haute Autorité de santé (HAS) décrit dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles les différents paramètres de surveillance de la mère dans le post-partum (3). Les différents critères de surveillance journalière devant être exercée par l'équipe médicale sont les suivants :

- Risque hémorragique
- Risque infectieux
- Surveillance des signes fonctionnels d'Hypertension Artérielle, pré-éclampsie
- Risque thromboembolique
- Troubles urinaires, digestifs
- Cicatrisation : périnée, césarienne

- Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
- Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
- **Douleur**
- Vaccinations et injections immunoglobulines
- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Accompagnement et information sur la contraception.
- Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
- Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère

Ainsi la douleur est un des critères à évaluer dans le post-partum et, de ce fait, la douleur périnéale doit être appréciée.

L'évaluation des douleurs génitales apparaît également dans les nouvelles recommandations de 2015 du Comité National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) à propos des éléments de surveillances lors du séjour en maternité (4). Elle apparaît de même dans les recommandations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2003 (5).

Plusieurs méthodes d'auto-évaluation de la douleur existent, les principales sont : l'Echelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) et l'échelle verbale simple (EVS). Elles ont toutes trois montré leur efficacité dans les services et ont été validées.

L'EVA se présente sous la forme d'une ligne, le plus souvent horizontale, et habituellement de 10 cm de long. Les extrémités sont définies par des termes traduisant l'absence de douleur d'une part et une douleur infinie d'autre part. Il peut s'agir par exemple des notions : « pas de douleur » et « la pire douleur imaginable ». Il est ensuite demandé au patient de tracer une marque le long de cette ligne à l'endroit qui représente le mieux l'intensité de sa douleur. Elle a l'avantage d'être facile et rapide à utiliser. L'EN consiste à demander au patient d'évaluer sa douleur de 0 à 10 ou de 0 à 100. Le point 0 représente une extrémité du continuum de douleur, par exemple : « aucune douleur », et le point 10 ou 100 représente l'autre extrême, par exemple : « la pire douleur imaginable ». Le patient fait correspondre sa perception à une valeur chiffrée. Cette échelle a l'avantage de pouvoir être utilisée de manière orale et écrite contrairement à l'EVA qui nécessite toujours un support écrit. L'EVS consiste en une liste d'adjectifs décrivant différents niveaux d'intensité de douleur. Le patient doit sélectionner l'adjectif qui décrit au mieux

sa douleur. Certains patients incapables d'utiliser une échelle numérique (difficultés cognitives) peuvent être capables de compléter une EVS (6–8).

D'après l'Article R4127-325 du code de la santé publique (9) : « Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. » Ainsi, la Sage-femme, dans l'exercice de ses fonctions, se doit d'évaluer la douleur lors de l'examen médicale journalier des patientes.

II. Le périnée

1. Définition

Le périnée est défini comme la région du corps fermant dans sa partie inférieure le petit bassin chez la femme, traversée par la terminaison des voies urinaires, génitales et digestives. Il est soumis à des modifications, des tensions et des traumatismes tout au long de la vie mais surtout au cours de la grossesse et de l'accouchement.

2. La classification des déchirures périnéales

Il existe deux classifications des lésions périnéales décrites dans un extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique du CNGOF en 2004 (10), à savoir :

- Une première classification dite française :
 - Les déchirures fermées : Les structures musculo-aponévrotiques peuvent être lésées sans effraction cutanéomuqueuse. L'hématome peut donner une sclérose cicatricielle. Le diagnostic de ces déchirures est difficile.
 - Les déchirures ouvertes :
 - Les déchirures incomplètes du 1er degré qui respectent le sphincter anal.
 - Les déchirures complètes du 2e degré où le sphincter anal est concerné.
 - Les déchirures complètes compliquées du 3e degré qui mettent en communication le vagin et le bas rectum.

- La deuxième classification dite anglo-saxonne, qui sera celle de référence pour la suite de ce travail :
 - Le 1er degré correspond à une déchirure périnéale isolée (donc au 1er degré français)
 - Le 2e degré correspond à une atteinte du noyau fibreux central (ce qui est toujours pour les Français une déchirure du 1er degré).
 - Le 3e degré anglo-saxon correspond à une atteinte du sphincter anal (ce qui correspond au 2e degré français)
 - Le 4e degré correspond à une déchirure complète compliquée (qui correspond au 3e degré français).

3.La douleur périnéale et les conséquences de la grossesse et de l'accouchement

Les facteurs de risque de douleur périnéale sont nombreux. Parmi ces facteurs il y a notamment, la grossesse, l'accouchement par voie basse, la voie basse dite instrumentale (ventouse, forceps, spatules), les déchirures vaginales et/ou périnéales, l'épisiotomie, la macrosomie fœtale, la primiparité, le travail obstétrical long, la durée des efforts expulsifs longue ou au contraire une expulsion trop rapide, l'expression abdominale au cours de l'accouchement, la révision utérine et la délivrance artificielle, l'obésité, le vieillissement, la constipation ou la toux chronique et certainement d'autres encore... (11,12)

Dans une revue des connaissances disponibles (11), de 2010, Fritel X. avait recherché l'association entre les troubles périnéaux et la grossesse ou l'accouchement. Il décrivait alors que l'obésité, le vieillissement, la grossesse et l'accouchement étaient les principaux facteurs de risque associés aux troubles périnéaux de la femme. Ces troubles étaient les incontinences urinaire et anale, la douleur périnéale, le prolapsus génital et les dyspareunies. L'accouchement par voie basse serait susceptible de provoquer des lésions du nerf pudendal, du sphincter anal, des releveurs de l'anus, et différentes déchirures périnéales.

Il est donc clairement démontré et semble logique que la douleur périnéale soit associée aux différents troubles lésionnels périnéaux. Que ce soit l'épisiotomie, mais aussi les lésions périnéales touchant les organes génitaux externes, voire même les éraillures des petites et/ou des grandes lèvres. Ainsi certaines études avaient permis de

mettre en avant les raisons pour lesquelles ces troubles favorisaient les douleurs périnéales. Il en ressortait différentes origines. Il pouvait s'agir d'un hématome, d'œdèmes, d'une désunion des sutures, d'une infection des points de sutures, d'une mauvaise cicatrisation ou induration de celle-ci, etc. Ces études démontraient aussi que l'intensité de la douleur augmentait avec l'importance de la lésion, ainsi que sa durée dans le temps (13,14). La douleur était la principale complication tardive des lésions périnéales induites par l'accouchement.

De plus, une politique restrictive de l'épisiotomie a été mise en place, dans le but principal de diminuer les risques de traumatismes périnéaux et de douleur périnéale dans les suites de couches. Il était important de noter que la réalisation systématique de l'épisiotomie ne prévient pas les cas de déchirures sévères du périnée. Elle entraîne des déchirures plus importantes. Au contraire, sa restriction diminue les risques de déchirures postérieures, pour augmenter ceux de déchirures antérieures, bien moins traumatiques. Une telle réforme laissait imaginer l'impact de l'épisiotomie sur la douleur périnéale. Des études et de récentes recommandations des pratiques professionnelles décrivaient une douleur périnéale croissante avec la gravité de la déchirure dans la première semaine de post-partum. Cependant, il n'existerait pas de différence entre ces lésions sur la douleur au long terme (6 à 12 semaines) (15–17).

Ainsi les déchirures de troisième et quatrième degrés engendreraient une douleur plus intense dans les premiers jours des suites de couche. Dans une étude prospective et mono centrique auprès de 28 patientes (18), de 2005 à 2011, Couverchel A. semblait confirmer ces dires. Elle s'était intéressée aux conséquences d'un périnée complet ou complet compliqué suite à l'accouchement, avec leurs répercussions sur la vie quotidienne, telles que les douleurs périnéales et les troubles sexuels, puis à leur prise en charge. Il en ressortait que le périnée complet ou complet compliqué était une situation rare mais lourde de conséquences, à la fois physiques, psychiques et sexuelles. En effet, le tiers des patientes présentaient une incontinence anale, la moitié une incontinence urinaire, le quart des douleurs périnéales, la moitié des dyspareunies et la moitié des répercussions sur leur vie quotidienne. De plus, cet événement avait été jugé traumatisant pour la plupart de ces femmes. Cependant, la difficulté pour les patientes de se confier était indiscutable, de même que le manque d'information des professionnels...

Il semblerait donc que les traumatismes obstétricaux soient pourvoyeurs de troubles de la statique pelvienne et les lésions encourues de douleur périnéale. Cependant, il existe un effet de la grossesse bien établi qui explique d'ailleurs que la césarienne prophylactique ne protège pas complètement le périnée. Il s'agit notamment de l'hyperpression abdominale et des modifications hormonales (19).

Les conséquences de la douleur périnéale sont elles aussi variées et multiples. En effet, elle a un impact négatif sur la mise en place du lien mère-enfant, au bon fonctionnement de l'allaitement maternel, sur la réponse maternelle aux besoins du nouveau-né, sur la santé mentale de la patiente, sur sa mobilité et peut également entraîner des gênes lors de la miction, etc.

Une douleur persistante peut aussi avoir un impact négatif sur la sexualité de la femme, notamment dans la survenue de dyspareunies, mais peut être aussi dans la diminution de l'activité sexuelle, du désir, du plaisir (13,14). Cependant comme semblait le montrer la littérature, la prise en charge de la douleur et des troubles associés était souvent jugée insuffisante par les patientes qui se retrouvaient perdues... Les informations et préventions auprès des patientes sont elles aussi très pauvres et mériteraient d'être prises en considération.

III. Le post-partum

1. Définition

Le post-partum est la période qui débute après l'accouchement et se termine au retour de couche, avec l'apparition des règles. Au cours de cette période de nombreux bouleversements physiques, psychologiques et hormonaux se créent : la relation mère-enfant se construit, l'utérus reprend sa taille non gravidique, l'organisme retourne à son état d'origine, un rééquilibrage hormonale se fait, etc.

C'est aussi une période où la nouvelle mère peut présenter différentes douleurs. Premièrement, les douleurs utérines : l'utérus continue de se contracter afin de retrouver sa taille physiologique. Ceci est aussi appelé « les tranchés ». Il y a les douleurs mammaires, notamment associées à la montée de lait physiologique du post-partum qui peut avoir lieu le troisième ou quatrième jour qui suit l'accouchement. Enfin, il peut exister d'autres douleurs mammaires telles que les crevasses au niveau des mamelons, les mastites, etc. La mère peut aussi souffrir de douleurs périnéales dans les suites de

l'accouchement, dues, en outre au mode d'accouchement et aux éventuelles traumatismes obstétricaux.

Ces nombreux bouleversements peuvent donner naissance à un mal être maternel, à des difficultés dans la création du lien mère-enfant, à des troubles de la vie quotidienne et sociale de la femme ainsi que dans la vie du couple, à des difficultés dans la sexualité du couple, voire même à une dépression du postpartum ou à des psychoses puerpérales (13).

2.La prise en charge de la douleur

Le post-partum est donc une période à risque pour la mère et son enfant. Cette période nécessite donc un suivi particulier et une prise en charge médicale et paramédicale des différents troubles rencontrés par la patiente, notamment la prise en charge de la douleur.

La douleur périnéale est rapportée comme plus sévère dans le post-partum immédiat. Cependant elle persiste dans de nombreux cas. Dans les suites du post-partum, il est possible de retrouver encore une « gêne » dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. En effet, il a été démontré que 20% des patientes algiques dans le post-partum immédiat décrivaient ce phénomène.

Cependant, depuis un siècle et demi, les recherches médicales sur la prise en charge de la douleur obstétricale s'étaient focalisées sur le travail et l'accouchement, et plus récemment sur la douleur post-opératoire suite à une césarienne. En revanche, la prise en charge des douleurs périnéales dans le post-partum n'avait pas fait l'objet d'autant d'attention. Le syndrome algique périnéal devient ainsi un problème courant dans les suites de l'accouchement par voie basse. Il existe actuellement différentes prises en charge, à la fois médicamenteuses et non médicamenteuses.

- D'un point de vue curatif il a été retrouvé de façon générale l'application de chaud et/ou de froid qui a fait l'objet de quelques études. Il en résultait alors une efficacité quant à la prise en charge de la douleur périnéale du post-partum dans les 24 à 72 heures qui suivent la naissance (13).

Il existe aussi des méthodes allogéniques qui consiste en l'association de plusieurs molécules. D'après les nouvelles recommandations pour la pratique clinique par le CNGOF, de 2015, les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale auraient montré leur efficacité dans la prise en charge de la douleur périnéale

et des tranchées (4). Ainsi en première intention, se trouvent les AINS et plus ou moins associés le paracétamol ou le Néfopam (Acupan).

- Il existe aussi une prise en charge préventive de la douleur périnéale, telle que le massage du périnée pendant la grossesse et la seconde phase du travail, qui a démontré une efficacité sur la réduction des lésions périnéales et de l'épisiotomie lors de l'accouchement, et ainsi sur la douleur périnéale du post-partum (13). Ou encore, celle d'appliquer des compresses chaudes lors de l'accouchement. Même si cela ne réduit pas le risque d'épisiotomie, il a été démontré que cette méthode réduisait les lésions de deuxième et troisième degrés au niveau du périnée ainsi que la douleur dans les 24 heures qui suivent la naissance (13).

Ces prises en charge restent néanmoins insuffisantes aujourd'hui dans le soulagement du syndrome algique périnéal.

IV. La sexualité dans le post-partum

1. Point de vue anthropologique

Il existe différentes positions quant à la reprise de la sexualité en post-partum selon les tribus et les croyances qui en découlent. La variation du délai de reprise de la sexualité est de deux semaines à un an.

En voici quelques exemples :

- Les Chuckchee sont une tribu asiatique vivant en Sibérie et élevant des rennes. Ils prônent une sexualité fréquente pendant la grossesse afin de consolider l'embryon. Dans le post-partum, ils préconisent une reprise rapide des rapports sexuels afin que la femme ne se referme pas complètement après s'être ouverte (20).
- Dans de nombreuses tribus d'Afrique, la polygamie est de règle. Les hommes s'impliquent peu dans l'éducation des enfants. La femme se consacre entièrement à l'allaitement maternel et à son enfant dans le postpartum. Les conditions socio-économiques sont telles qu'une deuxième grossesse mettrait en danger la vie du premier enfant, en inhibant le processus de lactation par rétrocontrôle hormonal. La reprise de la sexualité s'effectuerait donc aux environs du sixième mois du postpartum (20).

- Les Arapeshs, une tribu océanique de Nouvelle-Guinée, attendent le premier anniversaire de l'enfant pour reprendre une sexualité. Ce moment correspond à l'âge de la marche, du sevrage et d'une certaine «indépendance» de l'enfant. Cette abstinence leur permet de réguler les naissances. Elle procure également aux femmes l'assurance de la contribution du mari à l'éducation des enfants, seul moyen pour lui de «mériter» la sexualité conjugale (21)

Les pratiques religieuses prennent une place moins notable dans la société actuelle que dans celle des siècles précédents. Cependant, dans les trois religions les plus représentées en France, Le Christianisme, l'Islamisme et le Judaïsme le symbole d'impureté majeure est le sang. Les lochies s'écoulent durant une quinzaine de jours après l'accouchement. Les femmes en postpartum doivent donc procéder à une purification pour entrer en contact avec le sacré, par respect envers leur religion. Le principal vecteur de purification, dans ces religions, est l'eau.

Ainsi les rites culturels, les croyances ethnographique et religieuses peuvent influencer la sexualité dans les suites de couche et en modifier les délais de reprise des rapports.

2.L'impact du post-partum sur les couples et la sexualité

La naissance d'un enfant et la période qui s'en suit ont un réel impact sur les femmes, les hommes, les couples et sur leur sexualité.

En effet, il est, de façon générale, décrit une perte d'intérêt pour la sexualité dans le post-partum et ce pour de multiples raisons (22). Celle-ci est essentiellement remarquée suite à une modification de l'image du corps, particulièrement au niveau génital, à des variations de l'humeur chez la femme avec, par exemple, le post-partum blues, très fréquent dans les jours qui suivent la naissance (30 à 80% des femmes). Il est alors retrouvé une hypersensibilité, une irritabilité, une labilité de l'humeur, des troubles du sommeil et du comportement, etc. Mais aussi, suite à un inversement des préoccupations maternelles, la nouvelle mère est d'avantage préoccupée par son enfant et par les soins qu'elle doit lui apporter. Cette préoccupation peut, dans certains cas, se transformer en une véritable anxiété (22).

De même, les parents vont devoir modifier leur emploi du temps et s'adapter au rythme du nouveau-né, souvent beaucoup plus fatigant avec bien moins de temps pour soi et pour le couple. Enfin, il existe des modifications psychosociales pouvant avoir un impact, certainement inconscient, sur la libido.

Les différentes perturbations envers la sexualité ne sont pas propres aux femmes, elles peuvent aussi être retrouvées chez certains hommes. En effet, même s'ils sont responsables, dans 20% des cas, d'une reprise accélérée des rapports sexuels, ils ont, eux aussi, une modification de l'intérêt sexuel principalement due aux bouleversements engendrés par l'accouchement. De plus, tout comme les mères, ils sont victimes d'un manque d'informations à propos de la sexualité pendant la grossesse et le post-partum. Ils se sentent souvent mis de côté dans la relation mère-enfant, le couple s'efface petit à petit, l'homme n'aura plus sa place d'amant mais de père (22).

Les patientes et les couples ont donc un manque d'informations certain dans le domaine de la sexualité, à la fois pendant la grossesse et le post-partum. Ainsi, ils sont le plus souvent désorientés, leurs repères ont disparu et de nouvelles découvertes apparaissent, ainsi que de nouvelles craintes. Une sexualité entièrement nouvelle est à découvrir et à adopter à deux.

Il conviendrait de leur apporter des informations, de promouvoir la sexualité pendant la grossesse sans aucune crainte. Une sexualité épanouie pendant la grossesse est souvent liée à un épanouissement également pendant le post-partum. Mais aussi les informer sur la reprise des rapports avec un message phare : la « patience », il est important de se sentir prêt. Ainsi que leur donner des indications sur la cicatrisation ou d'autres sujets pouvant être sources d'inquiétude.

3.La reprise des rapports sexuels dans les suites de couches

Il existe de nombreux motifs de non reprise des rapports sexuels. Il semblerait que plusieurs facteurs soient mis en jeu :

- La fatigue maternelle
- Les douleurs périnéales
- Le changement de statut social et familial
- La prise de poids due à la grossesse et la modification de l'image corporelle de la femme

- La présence de l'enfant dans la chambre des parents
- La redécouverte totale d'une sexualité au sein du couple

Ainsi, ces différents éléments entraînent des difficultés quant à la reprise des rapports sexuels suite à l'accouchement.

La cicatrisation périnéale peut aussi être une gêne à la reprise. Il est souvent indiqué cinq jours pour la cicatrisation de l'épisiotomie mais, dans la plupart des cas, des soins restent nécessaires pendant dix à quinze jours. L'OMS recommandait d'ailleurs, en 2003, une cicatrisation complète des lésions périnéales avant d'entreprendre une reprise des rapports sexuels (5).

L'allaitement maternel a aussi montré son impact dans les difficultés sexuelles du post-partum. Induisant une diminution des œstrogènes, la lubrification vaginale est moins importante lorsque la femme allaite son nouveau-né. Les gels lubrifiants intimes peuvent être nécessaires et résolvent habituellement le problème. Cette information pourrait aussi être nécessaire pour les patientes. L'allaitement induirait aussi une diminution de l'intérêt porté par les femmes envers la sexualité (23).

Une étude faite en 2003 dénombrait 50% des patientes pour lesquelles le vécu du premier rapport restait un mauvais souvenir. Il était considéré comme douloureux ou désagréable. La fréquence moyenne des rapports sexuels différait selon la période du post-partum et de celle avant la grossesse. La moitié des femmes déclaraient avoir une baisse du désir. La peur d'avoir une nouvelle grossesse représentait aussi une cause importante de diminution du désir sexuel de la femme. Enfin les femmes étaient, en général, moyennement satisfaites de leur activité sexuelle.

La reprise des rapports sexuels en fonction des lésions périnéales et de la douleur périnéale reste un sujet très peu étudié dans la littérature.

V. Les dyspareunies

1. Définition

Les dyspareunies sont des rapports sexuels douloureux ou difficiles. Il y a, d'une part, les dyspareunies superficielles définies comme une douleur à l'entrée du vagin, qui peut parfois empêcher la pénétration vaginale, et d'autre part, les dyspareunies profondes, localisées au fond du vagin. Mais aussi, les dyspareunies primaires, qui ont toujours existé, et les secondaires, qui sont survenues après une période sans douleur (24). Dans

leur enquête de 1993 sur les comportements sexuels en France, Spira A. Bajos N. et le groupe ACSF, retrouvaient déjà près de 30% de dyspareunies dans la population générale (24).

Les dyspareunies sont les troubles sexuels qui ont le plus de causes organiques. Parmi les causes les plus fréquentes, il est surtout recherché pour les douleurs à l'entrée du vagin des causes infectieuses, allergiques, dermatologiques, cicatricielles, consécutives à un accouchement ou une intervention chirurgicale, des causes hormonales, comme en post ménopause où l'atrophie des muqueuses vaginales et vulvaires rend les rapports sexuels plus inconfortables. Cependant, en cas de dyspareunies primaires, il est utile d'éliminer les rares malformations de la vulve, de l'hymen et du vagin qui peuvent gêner ou empêcher la pénétration vaginale. Les dyspareunies profondes, quant à elles, sont dues aux mêmes causes que les douleurs pelviennes, (endométriose, infections, kystes, complications de fibromes, etc.) (24).

Certes les causes organiques sont les plus fréquentes et, de ce fait, elles doivent systématiquement être recherchées. Mais les causes psychiques sont toujours présentes, voir même dans certains cas prépondérantes... Majoritairement associée aux causes organiques, mais dans un contexte de douleur chronique et répétitive, la part psychique reste majeure (24). Il a d'ailleurs été remarqué un phénomène d'appréhension de connaissance de la douleur pouvant amplifier cette dernière. En effet, dans le domaine de la sexualité, les douleurs pourraient entraîner une perte du désir, une peur du rapport, une insatisfaction sexuelle, entravant les phénomènes physiologiques des rapports sexuels, telle que la lubrification, et ainsi provoquant une irritation et une douleur que plus intense.

De plus, les dyspareunies sont un phénomène qui ne cesse d'augmenter et pour lequel la prise en charge est encore très pauvre. Ainsi, les patientes se retrouvent souvent insatisfaites.

2.L'impact de la grossesse et de l'accouchement

La reprise de la vie sexuelle en post-partum est relativement peu évoquée aussi bien par les femmes elles-mêmes que par la plupart des professionnels qui ne savent pas vraiment répondre à leurs attentes. Pourtant, les douleurs sexuelles lors de la reprise de la sexualité ne sont pas négligeables. Malheureusement, les femmes ne reçoivent pas toutes les informations escomptées.

Dans une étude prospective, menée en 2010, sur les dyspareunies du post-partum (25), Paquereau A. avait démontré que les dyspareunies du post-partum étaient un sujet courant dans la population. Elle retrouvait 57% de dyspareunies et, malgré cette fréquence, beaucoup de femmes ne recevaient que très peu d'informations à ce sujet. Les dyspareunies pourraient être associées avec le mode d'accouchement par extractions instrumentales et les douleurs périnéales associées, le type d'allaitement et l'expérience antérieure de dyspareunies. Ainsi, il faudrait être plus vigilant lors des entretiens pré-nataux, du séjour en suites de couche et lors de la visite post-natale afin de dépister les femmes potentiellement à risques de dyspareunies.

D'autre part, dans son étude prospective, réalisée en 2015 auprès de 113 patientes (26), Santailier M. retrouvait 16,8% de dyspareunies à six mois du post-partum. Ces résultats étaient similaires à ceux d'autres études qui comptaient entre 10 et 45% de dyspareunies. Ainsi, le taux de dyspareunies en France suite à l'accouchement était très important mais aussi difficile à évaluer. Cette même étude (26), montrait également une probable influence des différents modes d'accouchements, sur les dyspareunies à six mois du post-partum. Néanmoins, il existait probablement d'autres facteurs additionnels aboutissant à ce symptôme. Pour finir, ils ont aussi pu mettre en avant que la prise en charge de ces patientes, souffrant de dyspareunies six mois après leur accouchement, était très décevante et ne répondait pas à leurs attentes, elle avait été jugée insuffisante pour 94,7% des patientes.

Enfin, d'autres études avaient aussi remarqué un impact plus important de l'épisiotomie sur les dyspareunies que des déchirures de degré un ou deux (27).

PATIENTES ET METHODE

I. L'étude et objectifs

1. Type, durée et lieu de l'étude

Une étude observationnelle à visée étiologique a été réalisée au sein d'une cohorte monocentrique sur une période de six mois, de Juillet à Décembre 2016 dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

2. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer l'influence de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels.

Les objectifs secondaires étaient, dans un premier temps, d'évaluer l'influence de la douleur périnéale du post-partum sur la présence de dyspareunies à la reprise des rapports sexuels. Puis, dans un second temps, de rechercher des facteurs prédictifs de douleur périnéale et de la reprise des rapports sexuels.

II. Méthode

1. Patientes

a La population de l'étude et le protocole d'échantillonnage

(a) Population cible

La population cible de l'étude était : « Les patientes huit semaines après leur accouchement dans la région Rhône-Alpes-Auvergne. ».

(b) Population source

La population source de l'étude était : « Les patientes huit semaines après leur accouchement, ayant accouchées dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes, recrutées pendant leur hospitalisation en services de suites de couche de cette maternité de type III. »

Les critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude, les patientes de 18 ans ou plus, ayant accouché à des âges gestationnels compris entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée, par les voies

naturelles (voie basse), dans une maternité de type III dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisées en service de suites de couche de cette même maternité.

Les critères d'exclusion :

Ont été exclues de l'étude les patientes ne parlant pas français ou analphabètes, présentant des dyspareunies avant leur première grossesse, dont le fœtus était décédé in utéro et les patientes dont l'accouchement avait conduit à un issu néonatal défavorable (service de néonatalogie, soins intensifs, réanimation, décès, etc.)

2.Méthode

a Le recueil des données

(a) Les critères évalués

Le premier questionnaire (annexe I) a été élaboré afin de recueillir les variables descriptives de l'échantillon ainsi que la recherche de facteurs prédictifs de douleur périnéale et de la reprise des rapports. Mais aussi afin de faire évaluer aux patientes leur douleur périnéale au troisième jour post-accouchement, évaluation à l'aide d'une échelle numérique (de 0 à 10).

Il comportait plusieurs parties. Tout d'abord un premier tableau permettant de présenter les différents critères d'exclusion, étaient demandés :

- Age supérieur ou égal à 18 ans
- Le mode et le terme d'accouchement
- L'issu néonatal de l'accouchement
- L'existence de dyspareunies précédant la/les grossesse(s)

Ensuite une partie répertoriant les données sociodémographiques :

- L'âge
- Le niveau d'étude
- La profession
- Le mode vie (en couple ou pas)

Puis une partie permettant de recueillir les différents antécédents de la patiente :

- Le poids et la taille en début de grossesse puis le poids en fin de grossesse
- La gestité et la parité

- Les modes d'accouchement / les troubles du périnée / le poids des nouveau-nés pour les précédents accouchements
- Les antécédents de rééducation périnéale

Une quatrième partie sur le déroulement de la grossesse actuelle et de l'accouchement :

- Type de grossesse
- La réalisation de préparation à la naissance et à la parentalité et le type
- La réalisation du massage périnéale ou d'autres soins périnéaux
- L'existence d'une analgésie péridurale au cours de l'accouchement
- Le vécu global de l'accouchement et le poids du nouveau-né

Enfin, une dernière partie sur les suites de couches avec :

- L'alimentation du nouveau-né
- L'évaluation par échelle numérique de 0 à 10 de la douleur périnéale à J+3 du post-partum
- La mise en place d'une prise en charge
- Les moyens de prise en charge
- La satisfaction de la prise en charge de cette douleur.

Associé à ce premier questionnaire, l'état périnéal suite à l'accouchement avait été recueilli directement dans le dossier de la patiente, afin d'avoir les données les plus exactes.

Le second questionnaire (annexe II) a été élaboré principalement pour rechercher la présence ou l'absence de reprise des rapports sexuels huit semaines après l'accouchement et, en cas de non reprise, les principales raisons. Mais aussi pour rechercher la présence de dyspareunies par la suite et leur prise en charge. D'autres variables avaient été recherchées afin de compléter les facteurs prédictifs de la reprise des rapports sexuels.

Tout comme le premier questionnaire, il comportait plusieurs parties. Dans un premier temps, une partie répertoriant les différents troubles du périnée :

- La recherche de certains troubles périnéaux suites à l'accouchement
- La réalisation d'une visite post-natal (si non, pourquoi)
- La prescription de rééducation périnéale et son indication

Puis une seconde partie sur l'alimentation du nouveau-né :

- Le type d'alimentation
- En cas d'allaitement maternelle : la durée et l'utilisation de gels lubrifiants intimes

Ensuite, une partie dédiée à l'absence de reprise des rapports sexuels avec la recherches des différentes raisons ayant induit cette absence.

Ainsi que celle dédiée à la présence de reprise des rapports avec :

- La satisfaction ou l'insatisfaction du délai entre l'accouchement et la reprise et, dans ce cas, la raison
- La présence d'une douleur au cours des rapports, cette douleur était aussi à évaluer via une échelle numérique de 0 à 10 (il était alors question de dyspareunies pour une douleur $\geq 3/10$)
- La consultation médicale et la satisfaction de la prise en charge proposée pour ces douleurs.

Enfin, une dernière partie sur la méthode contraceptive utilisée.

Dans la réalisation de cette étude, la présence d'une douleur (douleur périnéale à J+3 du post-partum) était définie comme une évaluation numérique de la douleur supérieure ou égale à 3/10.

De même la présence de dyspareunies était définie comme une évaluation numérique de la douleur supérieure ou égale à 3/10.

(b) Le mode de recueil des données et le circuit des données

Une pré-sélection des patientes a été réalisée en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, permettant ainsi de diminuer les exclusions de l'étude et de ne pas déranger inutilement les patientes pendant leur séjour.

Un premier questionnaire a été distribué, après avoir été testé, à chaque patiente, par l'investigateur, pendant leur séjour à la maternité en service de suites de couche. Elles devaient le remplir, idéalement au troisième jour de leur hospitalisation ou, en cas de séjour écourté, juste avant leur départ. La réponse au questionnaire s'effectuait en l'absence de l'investigateur afin de respecter au mieux la tranquillité et la pudeur des patientes. Cependant, un temps de questions ou d'échanges en cas d'incompréhension ou de difficulté à remplir le questionnaire était toujours proposé aux patientes. Les

questionnaires étaient récupérés par l'investigateur lui-même, afin de pouvoir apporter plus d'explications si nécessaire et d'éviter leur perte dans le service. En cas d'impossibilité pour ce dernier de récupérer les questionnaires, une pochette était mise à disposition dans chaque secteur du service de suites de couche pour que les patientes puissent le remettre à l'équipe médicale du service.

Avec leur autorisation, les patientes éligibles à l'étude étaient recontactées huit semaines plus tard avec un second questionnaire. La distribution de ce second questionnaire a été faite préférentiellement par mail. Sans réponse au bout d'une semaine ou si elles ne détenaient pas d'adresse mail, les patientes étaient contactées par appels téléphoniques. Ainsi, avec leur accord, leurs coordonnées (mail et téléphone) étaient récupérées suite au premier questionnaire.

Le deuxième questionnaire était envoyé huit semaines après la date d'accouchement, sous forme de « Google Forms » via le logiciel Google drive. Ce logiciel permet une distribution de questionnaires interactifs par mail. Les réponses se faisant de façon informatique, elles sont réceptionnées via ce logiciel sans connaître l'adresse mail de la personne répondant. Toutes les réponses étaient ainsi enregistrées dans un même dossier, sans connaître l'identité de la patiente. Afin de respecter au mieux l'anonymat, un numéro de traçabilité était attribué à chaque patiente lors du premier questionnaire. Elles renseignaient donc ce numéro sur le deuxième formulaire. Grâce à cela, les deux questionnaires pouvaient être mis en lien sans connaître l'identité de la patiente. Leur numéro de téléphone était lui aussi assimilé à ce même numéro de traçabilité, afin de toujours respecter l'anonymat le cas échéant.

(c) Le codage des données

Un dictionnaire des variables a été réalisé, celui si figure en Annexe III.

(d) La saisie des données

Chaque donnée a été saisie par l'investigateur lui-même, avec son ordinateur dans un tableur Excel, suite à la réception du questionnaire rempli. La saisie a toujours été réalisée au sein de la maternité faisant lieu d'étude.

(e) Le contrôle qualité des données

Le contrôle qualité, afin de s'assurer que ce qui était retranscrit était bien les dires ou les écrits de la patiente, a été fait par une relecture de toutes les données, avec un double contrôle de ce qui était écrit.

b L'analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide de Mme Lambert C. et Pereira B., biostatisticiens à la Délégation de la Recherche Clinique et d'Innovation ; et ce via le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA) et en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$). La population était décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne (\pm écart-type) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk). Les comparaisons entre groupes indépendants (notamment selon la reprise ou non des rapports sexuels) concernant des paramètres de nature quantitative, ont été réalisées par le test t de Student ou par le test de Mann-Whitney si les conditions du t-test étaient non respectées (normalité, homoscedasticité étudiée par le test de Fisher-Snedecor). Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher. Enfin, en situation multivariée, une régression logistique a été mise en œuvre en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence clinique, afin d'étudier les facteurs associés à la non reprise des rapports sexuels. Les résultats sont exprimés en termes d'odds-ratio (OR) et intervalle de confiance à 95%.

Ainsi l'analyse multivariée a pris en compte des ajustements dans l'analyse statistique et a permis de confirmer ou pas l'influence de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels. Ces ajustements se sont fait sur l'âge, la primiparité, le mode d'accouchement, le poids du nouveau-né, l'état périnéal, la présence d'hématome périnéal et l'alimentation du nouveau-né.

c Les aspects éthiques et réglementaires

(a) Avis de comités consultatifs

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, l'étude a fait l'objet d'une déclaration au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) et à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) (Annexe IV).

(b) Information et consentement

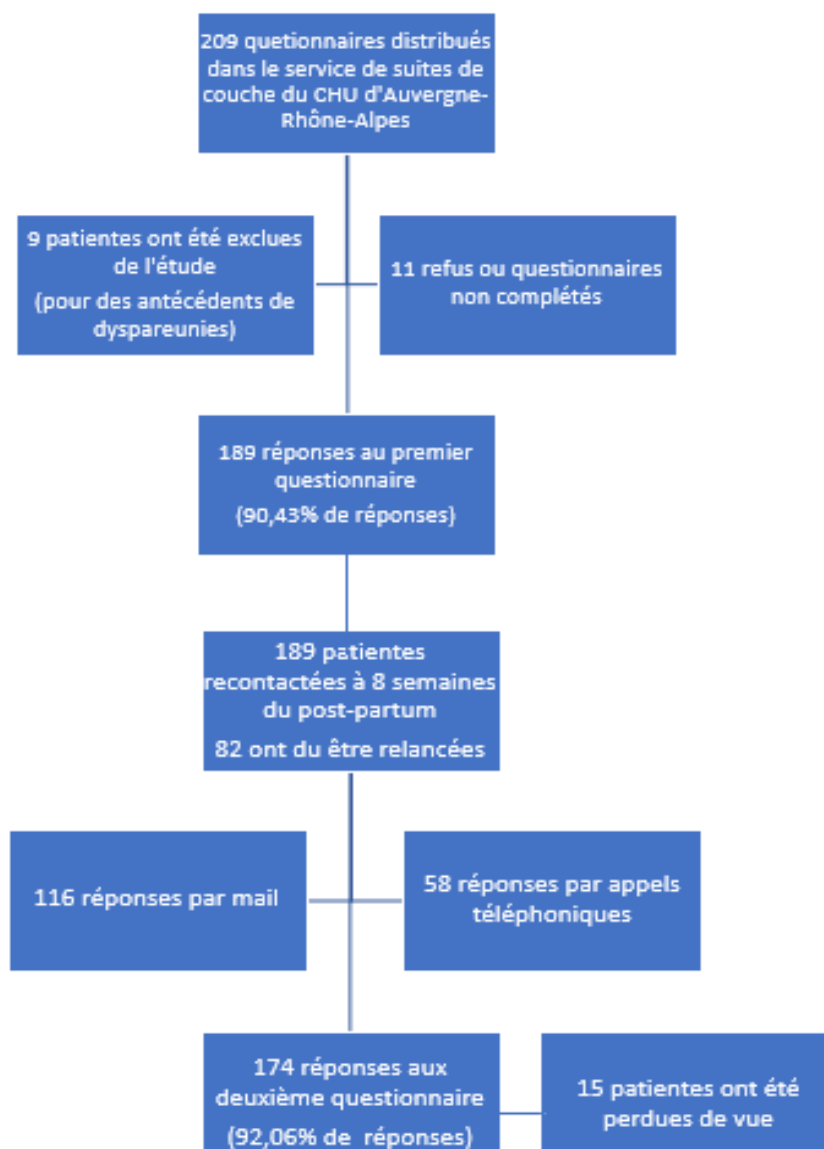
Avant la remise des questionnaires aux patientes, une information orale quant au fonctionnement et au déroulement de l'étude ainsi qu'une lettre d'information et deux formulaires de consentement ont été distribués aux patientes. Un formulaire de consentement, rempli et signé, par la patiente après lecture, était gardé en la possession de la patiente, le second récupéré avec le questionnaire. La lettre d'information figure en annexe V, le formulaire de consentement en annexe VI.

(c) Anonymat

Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente lors du premier questionnaire, ainsi leur identité était cachée. Leurs coordonnées permettant de les recontacter huit semaines plus tard étaient elles aussi associées à ce numéro et donc anonymisées. Comme expliqué dans la méthode de recueil de données, ce numéro était demandé lors du second questionnaire afin de perpétuer l'anonymat et de rapprocher les différentes réponses entre elles.

RESULTATS

I. Diagramme de flux



II. Taux de participation

Parmi les 209 patientes recrutées lors de la distribution du premier questionnaire, 200 patientes ont été admises à l'étude. Parmi ces 200 patientes, 94,5% (n=189) ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 90,4%. Dans un second temps, 174 patientes ont répondu au deuxième questionnaire, 92,1% des 189 patientes.

Ainsi le taux total de participation à l'étude parmi les 200 patientes éligibles à l'étude était de 87%.

III. Description de la population étudiée

1. Les caractéristiques socio-démographiques, la gestité et la parité

L'âge moyen des patientes incluses était de 30,2 (+/- 5,0) ans (Tableau I).

Concernant le niveau d'étude, 4,6% de l'échantillon interrogé présentaient un niveau d'étude inférieur ou égal au collège, 33,9% avaient un niveau inférieur ou égal au baccalauréat et 61,9% avaient poursuivi des études supérieures (Tableau I).

A propos du milieu professionnel, 5,8% de la population étudiée étaient artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, 22,5% étaient cadres ou avait une profession intellectuelle supérieure, 45,1% étaient employés, 9,3% avaient une profession intermédiaire et enfin, 17,3% n'avaient pas d'activité professionnelle (Tableau I).

Dans cet échantillon, 95,4% des femmes vivaient en couple (Tableau I).

La gestité moyenne était de 1,9 (+/- 1,0) grossesses par femme et 51,1% des femmes étaient primipares, soit 48,9% multipares (Tableau I).

Tableau I : Les caractéristiques socio-démographiques, la gestité et la parité de la population étudiée

	Q1&Q2* (n=174)
Caractéristiques socio-démographiques	
Age (années), moyenne ± ET	30.2 ± 5.0
Niveau d'études, n (%)	
Sans diplôme ou brevet des collèges	8 (4.6)
CAP ou BEP	28 (16.1)
Baccalauréat	31 (17.8)
Diplôme de niveau BAC +2	30 (17.2)
Diplôme de second / troisième cycle universitaire	77 (44.3)
Profession, n (%)	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	10 (5.8)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	39 (22.5)
Professions intermédiaires	16 (9.3)
Employés	78 (45.1)
Autres personnes sans activité professionnelle	30 (17.3)
Vit en couple, n (%)	166 (95.4)
Gestité / Parité	
Gestité, moyenne ± ET	1.9 ± 1.0
Primipare, n (%)	89 (51.1)

*Q1 & Q2 : Premier et deuxième questionnaire

ET : écart-type ; NA : non applicable

2.La grossesse, l'accouchement et l'alimentation du nouveau-né

Dans cette étude, la totalité des parturientes présentait une grossesse simple (Tableau II).

La prise de poids moyenne durant la grossesse était de 12,8 (+/- 4,8) kilogrammes par femme (Tableau II).

Parmi les patientes interrogées, la totalité avait accouché par voie basse, 21,3% d'entre elles ont eu recours à une extraction instrumentale (pour la plupart par ventouse) (Tableau II). Parmi elle 86,2% avaient bénéficié d'une analgésie locorégionale (analgésie péridurale). Le poids moyen du nouveau-né était de 3,3 (+/- 0,4) kilogrammes (Tableau II).

Suite à l'accouchement, 13,2% avaient un périnée intact, 37,9% avaient des déchirures superficielles, 24,7% des simples, 2,3% un périnée complet et 21,9% ont eu une épisiotomie (Tableau II).

Enfin, 35,6% des accouchées ont eu recours à un allaitement artificiel pour leur nouveau-né, ainsi 64,4% à un allaitement maternel (Tableau II).

Tableau II : La grossesse, l'accouchement, l'alimentation du nouveau-né de la population étudiée

	Q1&Q2* (n=174)
Grossesse actuelle	
Grossesse simple, n (%)	174 (100)
Prise de poids durant la grossesse (kg), moyenne \pm ET	12.8 \pm 4.8
Accouchement	
Mode d'accouchement, n (%)	
Accouchement voie basse normal	137 (78.7)
Ventouse	34 (19.5)
Forceps	1 (0.6)
Spatule	2 (1.2)
Péridurale, n (%)	150 (86.2)
Etat périnéal, n (%)	
Périnée intact	23 (13.2)
Déchirures de degré 1 (superficielle)	66 (37.9)
Déchirures de degré 2 (simple)	43 (24.7)
Déchirures de degré 3 (complet)	4 (2.3)
Episiotomie	38 (21.9)
Poids du nouveau-né (kg), moyenne \pm ET	3.3 \pm 0.4
Alimentation du nouveau-né	
Allaitement artificiel du nouveau-né, n (%)	62 (35.6)

*Q1 & Q2 : Premier et deuxième questionnaire

ET : écart-type ; NA : non applicable

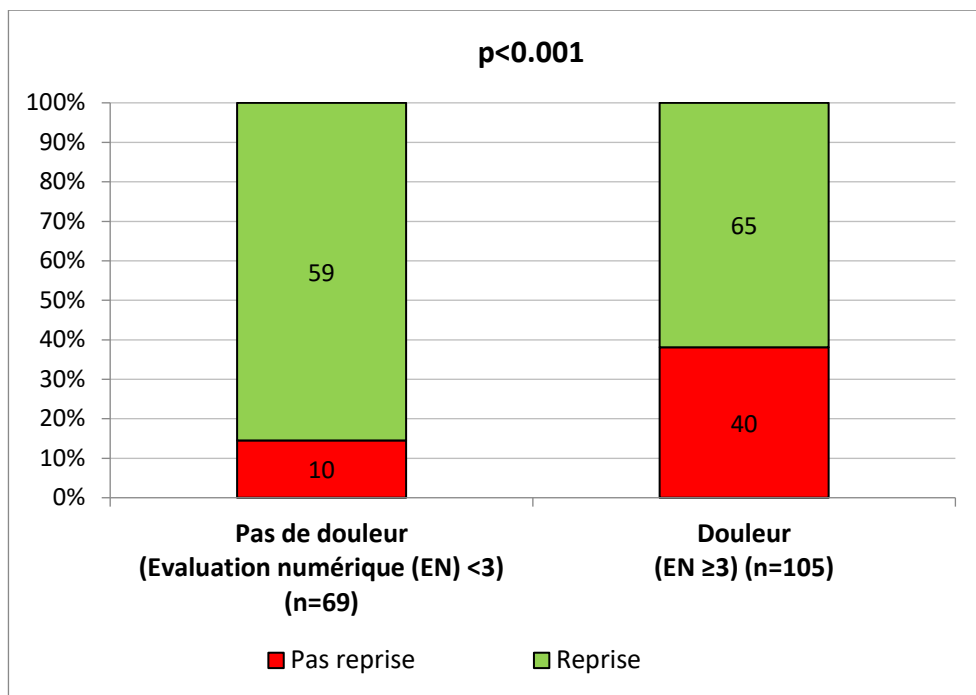
IV. L'impact de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la reprise des rapports sexuels

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'influence de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la reprise des rapports sexuels.

A huit semaines du post-partum, indifféremment de la douleur périnéale à J+3 des suites de couche, 50 patientes n'avaient pas repris les rapports sexuels (28,7%) et 124 les avaient repris (71,3%).

Les patientes ne présentant pas de douleur à J+3 du post-partum avaient statistiquement et significativement repris les rapports.

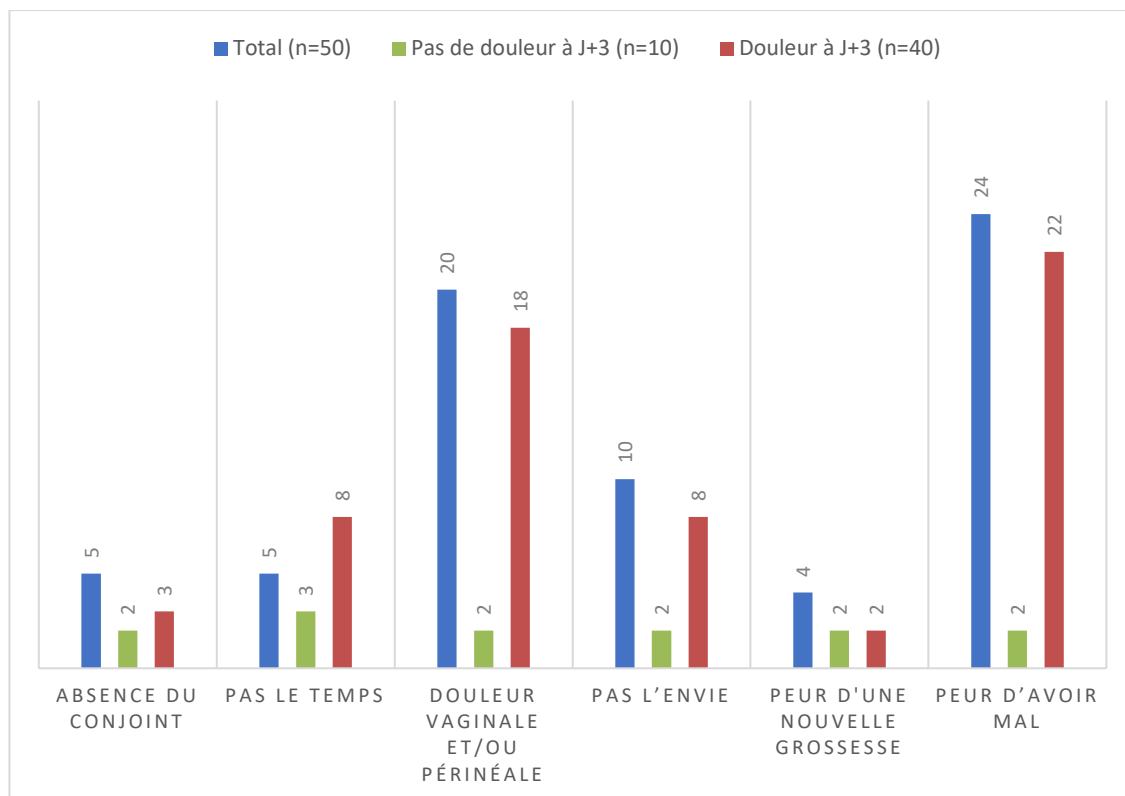
En effet, 38,1% des patientes se plaignant d'une douleur à J+3 n'avaient pas repris les rapports sexuel (n = 40), contre 14,5% parmi les patientes n'ayant pas de douleur (n = 10) (p < 0,001) (Graphique 1).



Graphique 1 : Etude de la relation entre la reprise des rapports sexuels et la douleur périnéale à J+3 du post-partum

Parmi les 50 patientes concernées par une absence de reprise des rapports, étaient principalement retrouvées pour causes, la peur d'avoir mal et une douleur périnéale et/ou vaginale encore présente.

En effet, 40% (n=20) n'avaient pas repris d'activité sexuelle en raison de la présence de douleur à huit semaines du post-partum et 48% (n=24) avaient peur d'avoir mal (Graphique 2). Parmi les patientes se plaignant d'une douleur à J+3, 55% avaient peur d'avoir mal à la reprise des rapports (n = 22) (p = 0,08) et 45% présentaient toujours une douleur périnéale et ou vaginale à huit semaines du post-partum (p = 0,28) (Graphique 2).



Graphique 2 : Les raisons de non reprise des rapports sexuels selon la douleur périnéale à J+3 du post-partum

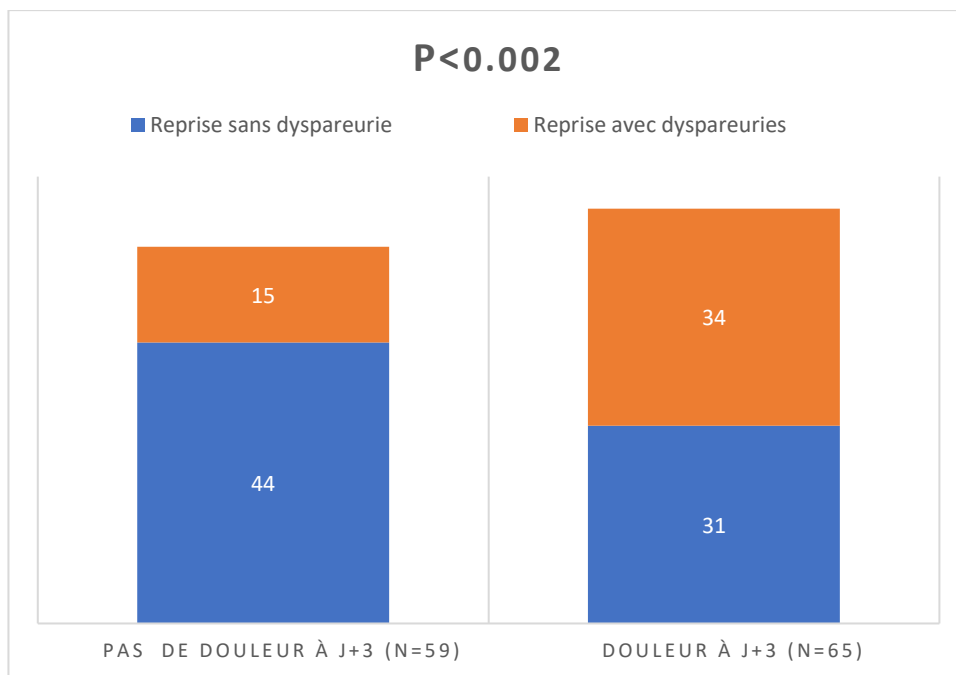
V. Les résultats secondaires de l'étude

1.L'impact de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la présence de dyspareunies suite à la reprise des rapports sexuels

Les résultats de l'étude avaient aussi permis de mettre en avant une relation négative de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la présence de dyspareunies suite à la reprise des rapports.

Parmi les 124 patientes ayant repris les rapports sexuels à huit semaines du post-partum, 49 avaient développé des dyspareunies (39,5%) et 75 non (60,5%).

Les patientes se plaignant d'une douleur à J+3 du post-partum présentaient significativement plus de dyspareunies (52,3% vs. 25,4%) que les patientes ne présentant pas de douleur à J+3 (n = 34 vs. n = 15) (p < 0,002) (Graphique 3).



Graphique 3 : Etude de la relation entre la présence de dyspareunie à la reprise des rapports et la douleur périnéale à J+3 du post-partum

De plus, ces dyspareunies ont été la cause de diminution de l'activité sexuelle dans 69,4% des cas, avec une p-value < 0,001.

D'autres résultats ont été retrouvés suite à cette étude. En effet 65 patientes avaient évalué une gêne ou une douleur $\geq 1/10$ à la reprise des rapports (soit 16 patientes évaluant une douleur à 1 ou 2). Les taux de consultations médicales et de satisfaction de prise en charge avaient aussi été évalués. Ainsi, 16 patientes avaient eu recours à une consultation médicale, et 12 ont été satisfaites de la prise en charge proposée. Cependant ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

Sur ces 65 patientes, l'activité sexuelle a été diminuée pour cause de douleur dans 58,5% des cas, avec une p-value < 0,001.

2. Facteurs prédictifs de douleur périnéale à J+3 et de la reprise des rapports sexuels

a Les facteurs prédictifs de douleur périnéale

Certains facteurs prédictifs de la présence de douleur périnéale à J+3 du post-partum ont été recherchés, en voici les principaux résultats.

En effet, dans cette étude, le mode d'accouchement avait une influence statistiquement significative sur la présence de douleur ($p = 0,001$). Il y avait plus de douleur chez les femmes ayant eu recours à une extraction instrumentale (par ventouse) que chez les femmes ayant eu un accouchement voie basse normale (92,5% non algiques vs 71,6% algiques, suite à une voie basse normale et 7,5% vs 25,7% suite à une ventouse) (Tableau III).

Tableau III : L'impact du mode d'accouchement sur la douleur périnéale à J+3 du post-partum

Modes d'accouchement	Pas de douleur (n=80)	Douleur (n=109)	p-value
Accouchement voie basse normale, n (%)	74 (92.5)	78 (71.6)	
Extraction instrumentale par ventouse, n (%)	6 (7.5)	28 (25.7)	0.001
Extraction instrumentale par forceps, n (%)	0 (0.0)	1 (0.9)	
Extraction instrumentale par spatule, n (%)	0 (0.0)	2 (1.8)	

De même, l'état périnéal suite à l'accouchement avait, lui aussi, une influence statistiquement significative sur la présence de douleur périnéale dans cette étude ($p < 0,001$). En effet, les patientes présentant des déchirures de degrés 2 ou 3 ou une épisiotomie étaient plus algiques que les patientes présentant un périnée intact ou des déchirures de degré 1 (Tableau IV).

Tableau IV : L'impact de l'état périnéal suite à l'accouchement sur la douleur périnéale à J+3 du post-partum

Etat périnéal	Pas de douleur (n=80)	Douleur (n=109)	p-value
Périnée intact, n (%)	14 (17.5)	10 (9.2)	
Déchirures de degré 1, n (%)	44 (55.0)	30 (27.5)	
Déchirures de degré 2, n (%)	15 (18.7)	33 (30.3)	<0.001
Déchirures de degré 3, n (%)	0 (0.0)	4 (3.7)	
Épisiotomie, n (%)	7 (8.8)	32 (29.3)	

De plus, les primipares, dans cette étude, avaient plus tendance à présenter des douleurs périnéales (56% étaient algiques vs 42,5% non algiques). Ce résultat n'était pas statistiquement significatif (p-value = 0,07).

b Les facteurs prédictifs de reprise des rapports

Certains facteurs prédictifs de la reprise des rapports ont également été recherchés.

Ainsi, les primipares, dans cette étude, avaient plus tendance à reprendre plus tardivement les rapports sexuels (60% de non reprise vs 47,6% de reprise chez les primipares). Ce résultat n'était pas statistiquement significatif (p-value = 0,14) (Tableau V).

Le mode classique de préparation à la naissance et à la parentalité effectué dans cette maternité de type III semblait avoir un impact positif sur la reprise (10,8% de reprise vs 3,1% de non reprise chez les patientes ayant suivi ce type de PNP). Ce résultat n'était pas statistiquement significatif (p-value = 0,27) (Tableau V).

L'état périnéal suite à l'accouchement semblait, lui aussi, influencer la reprise des rapports dans cette étude, sans être statistiquement significative (p = 0,23). En effet, les patientes présentant des déchirures de degrés 2 ou une épisiotomie reprenaient plus tardivement que les patientes présentant un périnée intact ou des déchirures de degré 1 (Tableau V).

Parmi les éléments inhérents au déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'alimentation du nouveau-né, seul le mode d'accouchement semblait statistiquement et significativement influencer la reprise des rapports.

Il y avait plus de reprise chez les femmes ayant eu un accouchement voie basse « normale » que chez celles ayant eu un accouchement voie basse avec l'aide d'une ventouse (83,1% de reprise vs 68% de non reprise, suite à un accouchement voie basse et 15,3% de reprise vs 30% de non reprise, suite à une ventouse) ($p < 0,05$) (Tableau V).

Dans les suites de couches, la présence d'un hématome périnéal semblait, de façon statistiquement significative, influencer la reprise des rapports (50% de non reprise vs. 2,4% de reprise) ($p = 0,002$) (Tableau V).

Inversement, l'absence de trouble périnéal semblait favoriser la reprise des rapports (61,3% de reprise vs. 44% de non reprise) ($P = 0,04$) (Tableau V).

Tableau V : Les facteurs prédictif de la non reprise des rapports sexuels

	Pas de reprise des Rapports (n=50)	Reprise de Rapports (n=124)	p-value
<i>Caractéristiques Socio-démographiques</i>			
Age (années), moyenne \pm ET	29.7 \pm 4.9	30.4 \pm 5.1	0.44
Niveau d'études, n (%)			
Sans diplôme ou brevet des collèges	3 (6.0)	5 (4.0)	0.55
CAP ou BEP	10 (20.0)	18 (14.5)	
Baccalauréat	6 (12.0)	25 (20.2)	
Diplôme de niveau BAC + 2	7 (14.0)	23 (18.6)	
Diplôme de second/troisième cycle universitaire	24 (48.0)	53 (42.7)	
Profession, n (%)			
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 (8.0)	6 (4.9)	0.79
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10 (20.0)	29 (23.6)	
Professions intermédiaires	3 (6.0)	13 (10.6)	
Employés	24 (48.0)	54 (43.9)	
Autres personnes sans activité professionnelle	9 (18.0)	21 (17.0)	
Vit en couple, n (%)	46 (92.0)	120 (96.8)	0.23
<i>Gestité Parité</i>			
Gestité, moyenne \pm ET	1.9 \pm 1.0	2.0 \pm 1.1	0.57
Primipare, n (%)	30 (60.0)	59 (47.6)	0.14
<i>Préparation à la naissance et à la parentalité</i>			
PNP réalisée, n (%)	32 (64.0)	74 (59.7)	0.60
PNP classique à l'hôpital, n (%)	1/32 (3.1)	8/74 (10.8)	0.27
PNP classique en libéral, n (%)	25/32 (78.1)	56/74 (75.7)	0.78

	Pas de reprise des Rapports (n=50)	Reprise de Rapports (n=124)	p-value
Sophrologie, n (%)	4/32 (12.5)	10/74 (13.5)	1.00
Chant prénatal, n (%)	0/32 (0.0)	1/74 (1.3)	1.00
Haptonomie, n (%)	0/32 (0.0)	3/74 (4.1)	0.55
Piscine, n (%)	3/32 (9.4)	19/74 (25.7)	0.06
Yoga, n (%)	7/32 (21.9)	13/74 (17.6)	0.60
Relaxation, n (%)	2/32 (6.2)	8/74 (10.8)	0.46
<i>Grossesse actuelle, accouchement et alimentation du nouveau-né</i>			
Prise de poids pendant la grossesse (kg), moyenne ± ET	12.8 ± 5.1	12.7 ± 4.7	0.89
Massage périnéal réalisé pendant la grossesse, n (%)	7 (14.0)	22 (17.7)	0.55
Mode d'accouchement, n (%)			
Accouchement voie basse normal	34 (68.0)	103 (83.1)	
Ventouse	15 (30.0)	19 (15.3)	0.03
Forceps	1 (2.0)	0 (0.0)	
Spatule	0 (0.0)	2 (1.6)	
Péridurale, n (%)	45 (90.0)	105 (84.7)	0.36
Etat périnéal, n (%)			
Périnée intact	5 (10.0)	18 (14.5)	
Déchirures de degré 1 (superficielle)	14 (28.0)	52 (41.9)	
Déchirures de degré 2 (simple)	15 (30.0)	28 (22.6)	0.23
Déchirures de degré 3 (complet)	1 (2.0)	3 (2.4)	
Episiotomie	15 (30.0)	23 (18.6)	
Poids du nouveau-né (kg), moyenne ± ET	3.3 ± 0.4	3.3 ± 0.4	0.61
Allaitement artificiel du nouveau-né, n (%)	18 (36.0)	44 (35.5)	0.95
<i>Trouble périnéal après l'accouchement</i>			
Aucun trouble périnéal, n (%)	22 (44.0)	76 (61.3)	0.04
Présence d'un hématome, n (%)	8 (50.0)	3 (2.4)	0.002
Présence d'œdèmes, n (%)	4 (8.0)	4 (3.2)	0.23
Présence d'une infection, n (%)	1 (2.0)	3 (2.4)	1.00
Présence d'hémorroïdes, n (%)	17 (34.0)	36 (29.0)	0.52
Présence d'une inflammation des points de sutures, n (%)	4 (50.0)	3 (2.4)	0.11
Présence d'une désunion des points de suture, n (%)	3 (6.0)	3 (2.4)	0.36

ET : écart-type ; NA : non applicable

Avec l'aide des différentes variables recueillies, une analyse multivariée avait pu être réalisée.

Dans un contexte d'analyse multivariée, en tenant compte d'un ajustement sur l'âge, la primiparité, le mode d'accouchement (normal vs. instrumental), le poids du nouveau-né, l'état périnéal, la présence d'un hématome périnéal et l'alimentation du nouveau-né (artificielle vs. maternelle), la douleur à J+3 du post-partum était associée à une non-reprise des rapports sexuels (OR [IC 95%] : 2.81 [1.19 ; 6.64], p-value=0.02).

Tableau VI : Analyse multivariée en tenant compte de plusieurs ajustements

Paramètres pris en compte	Odds-ratio [intervalle de confiance 95%]	p-value
Douleur à J+3	2,81 [1.19 / 6.64]	0.019
Age	0.98 [0.92 / 1.06]	0.775
Primiparité	1.24 [0.54 / 2.89]	0.603
Accouchement voie basse normale	0.59 [0.23 / 1.51]	0.273
Poids du nouveau-né	0.97 [0.40 / 2.38]	0.956
Déchirure de 1 ^{er} degré	0.82 [0.23 / 2.87]	0.755
Déchirure de 2 ^{em} degré	1.03 [0.28 / 3.76]	0.964
Déchirure de 3 ^{eme} degré	0.50 [0.04 / 6.75]	0.603
Episiotomie	0.86 [0.21 / 3.45]	0.828
Hématome puerpéral	5.75 [1.35 / 24.52]	0.018
Allaitement artificiel	0.88 [0.42 / 1.85]	0.734

DISCUSSION

I. Les forces et les limites de l'étude

1. Les forces de l'étude

Le premier point fort de cette étude était que la douleur périnéale est un phénomène très étudié dans la littérature. En revanche, son impact sur la reprise de la sexualité dans le post-partum n'a pas montré autant d'intérêt. Cela est paradoxal car les femmes semblent, pour la plupart, être perdues avec un manque d'informations certain. Cette étude semblait donc être novatrice et source d'intérêt.

Le deuxième point était un taux total de participation parmi les 200 patientes éligibles à l'étude de 87%. Avec le type de recueil de données, favorisant la perte de vue, ce taux était d'autant plus considérable.

Le troisième était qu'elle comportait un échantillon hétérogène. En effet les patientes se différenciaient sur plusieurs variables, notamment l'âge, le contexte socio-démographique, la gestité, la parité, le mode d'accouchement, les types de déchirures périnéales, le poids de naissance du nouveau-né et bien d'autres variables. Cela permettait sûrement de diminuer le risque de biais dans les résultats de l'étude.

Au vu du caractère tabou du sujet principal de l'étude, le quatrième point fort était le mode de recueil de données. En effet, les patientes pouvaient remplir les questionnaires dans la tranquillité, en prenant leur temps, seules ou accompagnées par leur conjoint. L'investigateur n'était pas présent, sauf sur demande de la patiente ou en cas d'incompréhension. Sans oublier qu'il y avait un respect total de l'anonymat tout au long de l'étude.

Le cinquième point était celui du type d'étude. Il s'agissait d'une étude de type prospectif. De ce fait, l'évolution et les répercussions de la douleur ont pu être mieux analysées.

Enfin, le dernier point fort était le nombre important de variables recueillies sur l'ensemble des deux questionnaires. Cela avait permis d'avoir un champ de travail et une analyse plus larges et plus pertinents.

2. Les limites de l'étude

Plusieurs limites ont aussi été retrouvées dans la réalisation de ce travail de recherche.

Tout d'abord, une première limite au vu de la taille de l'échantillon qui était étudié. Au total, 174 questionnaires ont été récupérés. De fait, même si le taux total de réponses était de 87%, avec peu d'exclusions et de pertes de vue au cours de l'enquête, l'échantillon était souvent trop faible. En effet, certains résultats n'étaient pas statistiquement significatifs, principalement par manque de puissance dans l'étude. Certaines différences notables entre les différents groupes ont tout de même été remarquées.

Ensuite, un biais de sélection, en raison du caractère mono centrique de l'étude, a pu influencer la significativité des résultats.

Une autre limite était que le temps qui avait été attribué à l'étude pour le recueil de données était sûrement trop court vis-à-vis de l'activité de l'hôpital au cours des mois de Juillet à Septembre. De plus il avait été choisi un recueil en deux temps. Le temps pour chacun des questionnaires était donc réduit pour respecter les échéances de l'enquête, tout en sachant qu'un délai de huit semaines était nécessaire entre les deux questionnaires. De même, le risque de perte de vue était augmenté, du fait de la méthode de recueil prospective et de l'utilisation d'adresses mail pour recontacter les patientes.

Mais aussi, une échelle numérique a été utilisée pour l'évaluation de la douleur. Ceci permettait de ne pas avoir recours à certains dispositifs comme pour l'EVA. Cependant, l'échelle numérique reste moins sensible que l'EVA, qui est la méthode de référence dans certains services.

Il semblait plausible qu'une gêne ait été rencontrée pour certaines femmes face à ce sujet. La sexualité reste très taboue dans la population générale. Il est difficile de l'aborder. D'ailleurs, pour des raisons d'organisation et d'éthique, les caractères psychologiques et culturels de la sexualité n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Cependant, la littérature tend à montrer une influence de ces facteurs sur la sexualité. Un biais pouvait donc être présent dans les résultats de l'étude.

Enfin, le fait que ce sujet ne soit que très peu abordé dans la littérature apportait une force à cette enquête. Cependant, il s'agissait aussi d'une limite dans la mesure où la comparaison des résultats avec la littérature était pauvre.

II. Description de la population

Les caractéristiques de la population ont été comparées avec les résultats les plus récents des enquêtes nationales périnatales, à savoir celle de 2010 (28).

L'âge moyen de la population de cette étude était de 30,2 ans, il était donc représentatif de la moyenne nationale observée dans l'enquête de périnatalité de 2010 qui était de 30,3 ans (28).

Parmi les femmes ayant répondu aux questionnaires, 79,3% d'entre elles étaient titulaires du baccalauréat et 61,9% avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. En 2010, 51,8% des parturientes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat au niveau national (28). Cette différence s'expliquait probablement par le caractère mono centrique de l'étude. Le niveau d'étude est supérieur dans les grandes aires urbaines, où les fonctions liées aux prestations intellectuelles, à la conception, à la recherche, au commerce inter-entreprises et à la gestion, sont majoritairement retrouvées (29).

Dans cette étude, la majorité des femmes vivaient en couple au moment de la naissance. En effet, 95,4% ont été répertoriées vivant en couple, ce qui est sensiblement similaire aux données nationales de 2010, pour lesquelles les femmes vivant en couple représentaient 92,8% (28). Cette légère différence pourrait s'expliquer, en autres choses, par l'évolution de la société.

Dans cette étude, le pourcentage de primipares donnant naissance était de 51,1%, il était donc légèrement supérieur au taux national de 2010 qui était de 43,4% (28). Ce qui pourrait s'expliquer par une diminution de la parité au fil des années, comme semblaient, légèrement, le montrer les enquêtes périnatales plus anciennes.

La prise de poids moyenne au cours de la grossesse dans cette étude était de 12,8 (+/- 4,8) kilogrammes par femme. Au niveau national, il était de 13,3 (+/- 5,6) en 2010 (28). Les deux taux étaient donc relativement proches.

Dans la population de cette étude, les accouchements par voie basse spontanée représentaient 78,7% et les voies basses instrumentales, 21,3%. En 2010, les

accouchements par voie basse, dans la population nationale, représentaient 66,9% et les voies basses instrumentales, 12,1% (28). La différence était, cette fois, plus importante. Elle pourrait s'expliquer par certains critères d'exclusion qui étaient appliqués à l'étude. Etaient notamment exclues, les femmes ayant accouchés prématurément, par césarienne, etc.

Avant bénéficié d'une analgésie loco-régionale, 86,2% des patientes de l'étude. Ce taux était légèrement supérieur au taux national de 2010 qui était de 81,4% (28). Cela pourrait s'expliquer par le caractère mono centrique de l'étude, mais surtout car elle a été réalisée dans une maternité de type III, dans laquelle un médecin anesthésiste réanimateur est toujours présent, à la différence des autres unités d'obstétrique de plus petit niveau (30).

Dans cette étude, 64,4% des nouveau-nés bénéficiaient de l'allaitement maternel. En 2010, le taux national d'allaitement maternel était de 60,2%. Soit inférieur à celui de l'étude, mais d'après les anciennes enquêtes nationales de périnatalité, la proportion d'enfants nourris au sein ne cesse d'augmenter (28). Ce qui pourrait ainsi expliquer la différence retrouvée.

Ainsi l'échantillon qui avait été recruté pour la réalisation de cette étude était globalement représentatif de la population nationale.

III. Discussion des résultats de l'étude

1. L'impact de la douleur du post-partum à J+3 sur la reprise des rapports sexuels

Dans cette étude, 71,3% des femmes avaient repris les rapports à huit semaines du post-partum.

Dans leur étude transversale prospective de type connaissance et attitude pratique, au sein du CHU de Baouké (31), Kouakou K.P. et al. comptaient 34,2% de la population ayant repris les rapports à six semaines du post-partum, date de la visite post-natale. Jalabert A., quant à elle, retrouvait 50% de reprise dans les quatre à huit semaines qui suivaient l'accouchement, dans son étude épidémiologique à visée descriptive réalisée en 2012 (32). Dans l'étude qui a été réalisée, la population déclarait reprendre plus rapidement les rapports. Des phénomènes culturels liés aux populations étudiées

pourraient expliquer, en partie, les différences observées. En effet, Kouakou K.P et al. (31), avaient aussi remarqué une influence culturelle et religieuse, dans 64,7% des cas, quant à la reprise de la sexualité dans le post-partum, au CHU de Baouké. Ce résultat n'était pas comparable avec l'étude réalisée, car ces facteurs n'ont pas été pris en compte, pour des questions d'éthique et d'organisation. Une seule patiente de l'étude avait justifié une absence de reprise des rapports, à huit semaines du post-partum, pour cause religieuse.

Parmi les facteurs étudiés, dans cette étude, influençant statistiquement la reprise des rapports sexuels, la présence d'une douleur périnéale à J+3 du post-partum était associée à une reprise plus tardive des rapports. Dans une étude longitudinale auprès des patientes (33), de la naissance jusqu'à huit semaines du post-partum, Glazener C.M.A. avait pu mettre en évidence, tout d'abord que le temps de reprise moyen des rapports était de cinq semaines. Mais aussi que la douleur périnéale, décrite dans le post-partum, avait une influence sur les difficultés rencontrées lors de la reprise des rapports suite à l'accouchement. Dans les huit premières semaines de post-partum, 51% des patientes algiques dans le post-partum ne reprenaient pas les rapports, versus 22% des patientes non algiques. Malheureusement, cette étude a été conduite en 1997 et aucune autre étude similaire n'a été retrouvée dans la littérature. Les résultats de l'enquête réalisée sont donc en accord avec ceux observés dans la littérature mais aucune autre étude abordant ce sujet n'a été retrouvée.

Cependant, la douleur ou la peur d'avoir mal semble être un argument influençant la reprise tardive des rapports sexuels. En effet, Jalabert A. remarquait aussi dans son étude (32) que 16% de la population n'avaient pas repris les rapports après trois mois de post-partum. Parmi ces patientes, 53% ont décrit comme cause principale, la peur d'avoir mal. De plus, dans son étude (32), 93% des femmes ayant repris une activité sexuelle craignaient d'avoir mal à la reprise des rapports. Les résultats de Jalabert A. semblaient être en accord avec ceux de l'étude réalisée. En effet, dans cette enquête, 48% des patientes ne reprenant pas les rapports avaient peur d'avoir mal.

Un des résultats de l'étude de Jalabert A. semblait particulièrement intéressant à retenir (32). En effet, elle s'était aussi intéressée au vécu et au ressenti des différents compagnons des femmes de son études. Parmi les 29 partenaires décrivant une appréhension quant à la reprise des rapports dans le post-partum, 69% avaient peur de faire mal à leur femme. Ainsi, la douleur influence la sexualité dans le post-partum, chez les femmes mais aussi chez leur partenaire.

2. L'impact de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la présence de dyspareunies

Dans l'étude réalisée, près de 40% des femmes présentaient des dyspareunies dans les huit semaines qui suivaient l'accouchement. A l'aide d'une étude transversale sur une période de six mois en post-partum (34), à Londres en 1997, Barrett G. et al. avaient mis en évidence un taux de 62% de dyspareunies dans leur population au cours des trois mois de suites de couche. De même, dans une étude prospective (25), Paquereau A. retrouvait 57% de dyspareunies et Santaller M. 16,8%, dans une autre étude prospective (26). Ainsi ces taux sont très variables, certainement dû à des difficultés d'évaluation de ces dysfonctions. Les résultats de l'enquête qui a été réalisée sont cohérents avec les données de la littérature. A noter que les troubles sexuels du post-partum restent un sujet tabou peu évoqués par les femmes ou les couples. Les données à ce sujet dans la littérature sont très hétérogènes et la composante psychologique ainsi que l'histoire des couples peuvent influencer cette période (24,25).

Dans l'étude qui a été réalisée, les patientes présentant une douleur à J+3 présentaient plus de dyspareunies dans le post-partum. Malheureusement, aucune étude similaire n'a été retrouvée dans la littérature. Il était donc difficile de réaliser une réelle comparaison des résultats avec ceux d'autres études.

Une influence statistiquement significative des dyspareunies sur une diminution de l'activité sexuelle a également été observée dans l'étude qui été conduite. Après l'accouchement, 69,4% des patientes avaient modifié la fréquence de leur sexualité pour cause de dyspareunies. Kouakou K.P. et son équipe trouvaient des résultats similaires dans leur étude (31). Il existait une diminution de la sexualité pour 75% des couples de leur étude et dans 57,1% des cas à cause de dyspareunies.

3. Les facteurs prédictifs de douleur périnéale et de reprise des rapports

a Les facteurs prédictifs de douleur périnéale

D'après cette étude, l'accouchement voie basse instrumentale et les déchirures périnéales de degré 2 ou les épisiotomies induisaient plus de douleur à J+3 du post-partum. Ces données sont en accord avec les données d'autres études. En effet, Brown S. et Lumley J. avaient montré, lors d'une enquête basée sur la population australienne (35), que les accouchements par voie instrumentale induisaient cinq fois plus de risque de douleur périnéale. De même, dans l'étude réalisée, parmi les 37 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale, 31 décrivaient une douleur périnéale à J+3 et 6 n'en décrivaient pas. Ainsi, il y avait également 5 fois plus de douleur suite à un accouchement par voie basse instrumentale.

De plus, Rigouzzo A. décrivait dans une revue de la littérature sur la douleur et la réhabilitation en post-partum (36) que les douleurs périnéales suite à un accouchement voie basse concernaient toutes les femmes dans le post-partum immédiat. En effet, 75% des patientes ayant un périnée intact, 95% des patientes ayant des déchirures de 1^{er}, 2^{ème} degré ou une épisiotomie et 100% des patientes ayant des déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degré étaient algiques dans le post-partum immédiat. Ainsi, les lésions périnéales ne suffisaient pas à expliquer la présence de douleurs périnéales aiguës. Cependant, l'intensité et la durée de la douleur étaient d'autant plus augmentées que les lésions étaient sévères. A six semaines de l'accouchement, plus ou moins 15% des patientes ayant des lésions périnéales décrivaient un symptôme douloureux persistant.

Les résultats de l'étude réalisée confirmaient ce constat. En effet, 36,7% des patientes ayant un périnée intact ou des déchirures de 1^{er} degré étaient algiques et 63,3% des patientes ayant des déchirures de 2^{ème} ou 3^{ème} degré ou une épisiotomie étaient algiques dans le post-partum immédiat. Et 45% de ces patientes étaient toujours algiques huit semaines après l'accouchement.

Rigouzzo A. avait aussi retrouvé dans la littérature (36), une influence des extractions instrumentales et de la primiparité sur la douleur aiguë en post-partum immédiat. Les résultats de l'étude qui a été conduite avaient aussi tendance à montrer un lien non significatif de la primiparité sur la douleur périnéale dans le post-partum.

b Les facteurs prédictifs de reprise des rapports

L'étude réalisée retrouvait une influence statistiquement significative du mode d'accouchement sur la reprise des rapports dans le post-partum. En effet, les patientes ayant subi une extraction instrumentale (dans cette étude, surtout par ventouse) reprenaient plus tardivement les rapports sexuels dans le post-partum. Cependant, dans une étude prospective auprès des femmes en période postnatale, au sein de dix cabinets de sages-femmes libérales (37), Sauvestre-Foucault C. ne retrouvait pas de différence entre les différents modes d'accouchement et la sexualité du post-partum. Ainsi son étude était en désaccord avec les résultats retrouvés. Cependant, les femmes ayant eu une césarienne étaient incluses dans son étude, elles ne l'étaient pas dans l'étude qui a été conduite, il se pourrait que les résultats en soient modifiés. La littérature ne permet pas de réaliser une comparaison plus approfondie de cette probable influence.

Dans l'enquête réalisée, la présence d'un hématome puerpéral était statistiquement liée à une reprise plus tardive des rapports dans les suites de couche. Cependant, ce facteur ne semblait pas avoir été étudié auparavant. Il s'agit d'un élément nouveau mis en exergue par cette étude.

En revanche, Jalabert A. avait trouvé, dans une analyse de la littérature (32), un probable effet de la présence d'hémorroïdes suite à l'accouchement sur la sexualité. Les résultats de l'étude tendaient à retrouver ce même effet, mais sans aucune significativité.

En ce qui concerne l'influence des lésions périnéales sur la reprise des rapports, l'étude avait tendance à remarquer une reprise de plus en plus tardive avec l'augmentation de la gravité des lésions. Ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Cependant, la littérature semblait être en accord avec ces derniers. En effet, dans une étude comparative, descriptive auprès des femmes de la naissance jusqu'à trois mois après l'accouchement (38), Roger R.G. et al. avaient énumérés 70% de reprise des rapports chez les patientes présentant des lésions « mineures » et seulement 30% chez les patientes présentant des lésions « majeurs ». Les lésions mineures correspondaient au périnée intact ou à des déchirures de 1^{er} degré et les lésions majeures correspondaient aux déchirures de 2^{ème} 3^{ème} et 4^{ème} degré, les épisiotomies étaient exclues de l'étude. De même, Signorello L.B. et al., dans leur étude de 2001 chez des femmes primipares (39), montraient que plus les déchirures étaient importantes, plus la sexualité était reprise tardivement. En effet, les

femmes ayant un périnée intact ou des déchirures de 1^{er} ou 2^{ème} degré avaient repris leur sexualité 7,1 semaines après l'accouchement, versus 8,4 semaines pour les femmes ayant une épisiotomie et 9,3 semaines pour les femmes ayant des déchirures de 3^{ème} degré. Enfin, plus la lésion était importante, plus la douleur durait dans le temps.

Dans son étude prospective auprès des femmes en période postnatale au sein de dix cabinets de sages-femmes libérales (37), Sauvestre-Foucault C, retrouvait également une influence de la parité sur la sexualité du post-partum. Elle décrivait alors que 85% des femmes multipares reprenaient une sexualité plus rapidement ou au même moment que les précédents accouchements. Dans l'étude qui a été réalisée, les primipares avaient tendance à reprendre plus tardivement les rapports. Ainsi ces résultats s'orientaient vers les mêmes déductions.

Plusieurs études avaient mis en évidence une relation entre le mode d'alimentation du nouveau-né et la reprise des rapports dans les suites de couche. Relation qui était aussi retrouvée dans l'étude mais de façon non significative. Dans leur étude prospective de 2002 (40), dans trois collectivités de l'Ontario au Canada, Rowland M. et al. avaient mis en exergue le fait que, six semaines après l'accouchement, seulement 38,7% des femmes allaitant avaient repris les rapports contre 58,2% des femmes n'allaitant pas. De même, dans son étude épidémiologique à visée descriptive (32), Jalabert A. avait fait la même remarque. Les patientes pratiquant l'allaitement artificiel reprenaient une sexualité plus rapidement que celles qui allaitaient. Et, à trois mois du post-partum, 90% des femmes n'allaitant pas avaient repris les rapports contre 81% des femmes allaitant.

IV. Projet d'action

Cette étude avait donc permis de mettre en évidence une réelle influence de la douleur périnéale, suite à l'accouchement, sur la reprise des rapports et sur les dysfonctions sexuelles du post-partum.

En effet, les patientes algiques reprenaient statistiquement et significativement plus tardivement les rapports et présentaient statistiquement et significativement plus de dyspareunies dans le post-partum. Au vu de cette influence, il serait important de prendre en charge de façon optimale cette douleur. De plus, la littérature mettait en évidence une insatisfaction globale de la prise en charge proposée.

Pourtant, de nouvelles recommandations du CNGOF ont été publiées en 2015 sur le post-partum. Elles avaient en partie pour but d'améliorer la prise en charge de cette douleur. En effet, les antiinflammatoires non stéroïdiens semblaient être plus efficaces sur cette douleur, il est donc recommandé de les donner en première intention. Cependant, ce n'est pas encore entièrement mis en place dans la plupart des services de suites de couche. C'est pourquoi cette prise en charge pourrait être un centre d'intérêt utile et important.

Afin de prendre conscience de l'effet de la douleur périnéale du post-partum sur le quotidien de la femme, mais aussi du couple, sur leur sexualité et, de ce fait, de mieux prendre en charge cette douleur, il pourrait aussi être intéressant de renseigner ces résultats aux différents professionnels de santé.

Enfin, il pourrait être intéressant de poursuivre cette enquête dans le but d'obtenir plus de puissance et de s'assurer de la continuité des résultats. Et peut-être, modifier quelques critères de l'étude, afin dans limiter les biais.

CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude était de rechercher une influence de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels. In fine, cette étude avait pu mettre en évidence de façon statistiquement significative une relation négative entre la douleur et la reprise des rapports.

Parmi les objectifs secondaires était recherché l'influence de cette même douleur sur les dyspareunies suite à l'accouchement. Une fois de plus, une relation négative a été démontrée de façon statistiquement significative. De plus ces dyspareunies avaient induit une diminution significative de l'activité sexuelle chez ces femmes. Étaient aussi recherchés les facteurs prédictifs de douleur périnéale et de reprise des rapports. De façon statistiquement significative, le mode d'accouchement et les lésions périnéales avaient une influence sur la présence de douleur. De même, le mode d'accouchement et la présence d'un hématome puerpéral avaient une influence sur la reprise des rapports.

En approfondissant, une analyse multivariée permettait de mettre en avant, après ajustement, que la douleur à J+3 du post-partum était associée à une non-reprise des rapports sexuels.

Ainsi, la douleur périnéale présente après un accouchement voie basse n'est pas anodine. Ses répercussions sur le quotidien de la femme, sur sa sexualité, et donc sur le couple sont réelles. La prise en charge d'une telle douleur ne fut source d'intérêt que depuis récemment et n'est pas encore optimale.

Il semblerait donc intéressant d'essayer de rendre cette prise en charge plus efficace. Sensibiliser les professionnels de santé afin de mieux la prendre en charge et de respecter les recommandations en vigueur le serait tout autant.

Enfin, poursuivre cette étude afin de la rendre plus puissante, de s'assurer de l'exactitude des résultats et d'en diminuer les biais pourrait aussi être utile.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Healthcare S: B. Enquête sur la sexualité de la femme moderne : manque d'information au-delà de 50 ans [Internet]. Senior Actu. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: http://www.senioractu.com/Enquete-sur-la-sexualite-de-la-femme-moderne-manque-d-information-au-dela-de-50-ans_a7386.html
2. Harold Merskey, Nikolai Bogduk. Classification of Chronic Pain. Description of Chronic Pain. Syndromes and Definitions of Pain Terms. International Association for the Study of Pain [Internet]. 1994. Disponible sur: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
3. Haute Autorité de Santé - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nés#toc_3
4. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Post-partum [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>
5. Organisation Mondiale de la Santé. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles [Internet]. 2003. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43227/1/9242590843_fre.pdf
6. Bragard D, Decruynaere C. Évaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique. Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ-22254 [Internet]. 14 avr 2010 [cité 10 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/249056/resultatrecherche/8>
7. Summers S. Evidence-based practice part 2: Reliability and validity of selected acute pain instruments. J Perianesth Nurs. 1 févr 2001;16(1):35-40.
8. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. oct 1986;27(1):117-26.

9. Code de la santé publique - Article R4127-325. Code de la santé publique.
10. CNGOF. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique - Fait-on trop ou peu d'épisiotomies? [Internet]. Vol. 28. 2004. Disponible sur:
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf
11. Xavier Fritel. périnée et grossesse Pelvic floor and pregnancy. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2010;(38):332-46.
12. Comité éditorial de l'UVMaF. Complication traumatiques de l'accouchement [Internet]. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur:
http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/1.html
13. C. Morin, M.C. Leymarie. La douleur périnéale en post-partum: revue de la littérature. Rev Sage-Femme. (12):263-8.
14. Olivier Parant, Jean-Michel Reme, Xavier Monrozies. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Elsevier Masson; 1999.
15. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 1 oct 2004;191(4):1199-204.
16. Célia Reymond. Comparaison entre l'épisiotomie et la déchirure spontanée du point de vue de la douleur lors de la première consultation de rééducation périnéale. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2011.
17. CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE- complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur:
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#complic
18. Couverchel Aurélie. Le périnée complet et/ou compliqué conséquences et prise en charge. [école de sage-femme centre hospitalier de Rouen]; 2012.

19. B. Fatton, M. Cayrac, V. Letouzey, F. Masia, E. Mousty, P. Marès, et al. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien [Internet]. Elsevier Masson; 2014. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/873384/anatomie-fonctionnelle-du-plancher-pelvien>
20. Abraham G, Pasini W. Introduction à la sexologie médicale. Edition Payot. 1974. 388: 273-284.
21. Cathelain A. Le concept de paternité, Aspect ethnologique. Les dossiers de l'obstétrique. 1990. 178: 11-13.
22. C. Fabre-Clergue, H. Duverger-Charpentier. Sexualité du postpartum. La Sage-Femme. 2008;301-4.
23. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. J Midwifery Womens Health. juin 2000;45(3):227-37.
24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale-En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques [Internet]. Vol. 2005. 2005. 191-193 p. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_191_mimoun.pdf
25. Amandine Paquereau. Les dyspareunies du post-partum. [Angers]: Ecole de Sages-Femmes René Rouchy; 2011.
26. Marjorie Santailler. Les dyspareunies du post-partum : impact des différents modes d'accouchement : étude prospective à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble sur 113 cas. [Grenoble]: Université Joseph Fourier;
27. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. Obstet Gynecol. avr 2004;103(4):669-73.

28. Blondel Béatrice, Kermarrec Morgane. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [Internet]. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants INSERM; 2010. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
29. Répartition géographique des emplois | Insee [Internet]. [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281263>
30. FHP - MCO. Simplification des Normes - Maternité [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2014/04/Simplification-des-normes-maternit.pdf.pdf>
31. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Djanhan Y. La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain - EM[consulte [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/957314>
32. Jalabert Amélie. Devenir père et mère, et rester partenaires. Impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information. [Internet]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Ecole de Sages-femmes de Metz; 2012. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_JALABERT_AMELIE.pdf
33. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:330-5.
34. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 févr 2000;107(2):186-95.
35. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol.* févr 1998;105(2):156-61.

36. Rigouzzo. Douleur et réhabilitation en post-partum [Internet]. ResearchGate. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/279277858_Douleur_et_rehabilitation_en_post-partum
37. SAUVESTRE-FOUCAULT Claire. Sexualité du post-partum. Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. [Internet]. [Paris]: Université Paris Descartes. Ecole de sages-femmes Baudelocque; 2011. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document>
38. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? J Midwifery Womens Health. 2009;54(2):98-103.
39. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma : a retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstet Gynecol. 2001;
40. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician. 10 oct 2005;51(10):1367.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire numéro 1

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'école de Clermont-Ferrand. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels.

Aussi, je sollicite votre participation à mon enquête en répondant au questionnaire ci-dessous, pour lequel l'**anonymat** de chacune sera respecté. Vous êtes libre de participer ou non à cette enquête. Il m'est indispensable d'avoir un **maximum de réponses** à ce questionnaire.

Quelques minutes sont suffisantes pour répondre au questionnaire.

Une fois le questionnaire rempli, merci de bien vouloir s'il vous plait le remettre, avant votre retour à la maison, à la sage-femme ou à un(e) étudiant(e) sage-femme du secteur d'hospitalisation.

Vous serez, si vous acceptez recontactée, par mail ou appel téléphonique dans 8 semaines afin de pouvoir porter des conclusions à cette étude.

Je vous remercie par avance pour votre participation et pour l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

Cordialement,

Judith BON.

Cochez, s'il vous plait, les propositions correspondant aux modalités pour lesquelles vous êtes concernée.	
A	B
<p>A propos de votre accouchement, vous avez accouché :</p> <p><input type="checkbox"/> Spontanément par voie basse (Sans ventouse, forceps)</p> <p><input type="checkbox"/> Par voie basse avec l'aide d'une ventouse</p> <p><input type="checkbox"/> Par voie basse avec l'aide d'un forceps</p> <p><input type="checkbox"/> Par voie basse avec l'aide d'une spatule</p> <p><input type="checkbox"/> Après 37 Semaines d'Aménorrhées (SA)</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne connais pas le terme de mon accouchement</p>	<p>A propos de votre accouchement, vous avez accouché :</p> <p><input type="checkbox"/> Par césarienne programmée avant le début du travail</p> <p><input type="checkbox"/> Par césarienne en urgence pendant le travail d'accouchement, précisez la raison :</p> <p><input type="checkbox"/> Votre accouchement a conduit à un issue néonatal difficile (service de néonatalogie, soins intensifs, réanimation, décès...)</p>
<p><input type="checkbox"/> Vous avez 18 ans ou plus</p>	<p><input type="checkbox"/> Vous avez moins de 18 ans</p>
	<p><input type="checkbox"/> Vous avez déjà ressenti des troubles tels que des dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels) avant votre première grossesse.</p>
<p>Si vous avez coché une des propositions présentes dans la partie B du tableau (ci-dessus), il n'est pas nécessaire de poursuivre le remplissage du questionnaire, je vous remercie pour votre participation.</p> <p>Merci de bien vouloir s'il vous plait, remettre le questionnaire, avant votre retour à la maison, à la sage-femme ou à un étudiant sage-femme du secteur d'hospitalisation</p>	

I. Données socio-démographiques

Question 1 :

Quel est votre âge ?

□□□□

Question 2 :

Quel est votre niveau d'études ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme ou Brevet des collèges | <input type="checkbox"/> Diplômes de niveau Bac plus 2 (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales,...) |
| <input type="checkbox"/> CAP ou BEP | <input type="checkbox"/> Diplômes de second ou troisième cycle universitaire (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat) ou diplômes de grande école. |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat général, technologique ou professionnel | |

Question 3 :

Quelle est votre profession ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Agriculteurs exploitants</u> | <input type="checkbox"/> <u>Professions Intermédiaires</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</u> | <input type="checkbox"/> <u>Employés</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Cadres et professions intellectuelles supérieures</u> | <input type="checkbox"/> <u>Ouvriers</u> |
| | <input type="checkbox"/> <u>Retraités</u> |
| | <input type="checkbox"/> <u>Autres personnes sans activité professionnelle</u> |

Question 4 :

Vivez-vous en couple ?

- OUI
 NON

II. Les antécédents

Question 5 : les antécédents médicaux

Quel était votre poids en début de grossesse ?

□□□ Kg

Quel était votre poids en fin de grossesse ?

□□□ Kg

Quelle est votre taille ?

□,□□ m

Question 6 :

Combien de grossesse avez-vous eu jusqu'à aujourd'hui ? (Sont prises en compte les interruptions de grossesse (volontaires ou médicales), les grossesses extra-utérines et les morts fœtales)

□□

Question 7 :

Combien de fois avez-vous accouché avant ce dernier accouchement ?

⇒ **Si vous n'avez jamais accouché avant ce dernier accouchement, passez directement à la question 9**

Question 8 : Les antécédents obstétricaux :

Cette question concerne tous vos accouchements excepté ce dernier.

Question 8.1 :

Avez-vous accouché :

- Uniquement par voie basse (voie naturelle)
- Uniquement par césarienne
- Par césarienne et par voie basse

⇒ **Si vous avez accouché uniquement par césarienne, passez directement à la question 9**

Question 8.2 :

Quel(s) est/étaient approximativement le poids de votre ou vos précédent(s) enfant(s) à la naissance ?

Question 8.3 :

Y-a-t-il eu des complications au cours de des précédent(s) accouchement(s)
ou

(plusieurs réponses sont possibles) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déchirures simples du périnée
(quelques points de sutures) | <input type="checkbox"/> Utilisation d'une ventouse |
| <input type="checkbox"/> Déchirures très importantes du
périnée | <input type="checkbox"/> Utilisation d'un forceps |
| <input type="checkbox"/> Episiotomie | <input type="checkbox"/> Spatules |
| | <input type="checkbox"/> Autres : |
| | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |

Question 9 :

Avez-vous déjà eu besoin de rééducation périnéale ?

- OUI NON

Si oui, cette rééducation a-t-elle été réalisée ?

- OUI NON

III. La grossesse et l'accouchement actuels

Question 10 :

Quel était le type de grossesse ?

- Grossesse unique (1 seul fœtus) Grossesse de jumeaux

Ou plus

Question 11 :

Avez-vous réalisé une Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) lors de cette grossesse ?

- OUI
- NON

Si oui, quel était le type de PNP (plusieurs réponses sont possibles) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PNP classique (sous forme de cours) à l'hôpital Estaing | <input type="checkbox"/> Haptonomie |
| <input type="checkbox"/> PNP classique (sous forme de cours) dans un cabinet libéral | <input type="checkbox"/> PNP piscine |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Chant prénatal | <input type="checkbox"/> Relaxation |
| | <input type="checkbox"/> Autres : |
| | |

Question 12 :

Avez-vous réalisé le massage du périnée pendant cette grossesse ?

- OUI
- NON

Question 13 :

Avez-vous effectué d'autres soins au niveau du périnée pendant cette grossesse ?

- OUI
- NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

Question 14 : Le déroulement de l'accouchement :

Question 14.1 :

Avez-vous bénéficié d'une anesthésie de type péridurale pour cet accouchement ?

- OUI
- NON

Question 14.2 :

A propos du vécu global de votre accouchement êtes-vous ?

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Moyennement satisfaite : pourquoi ?
.....
.....
- Pas satisfaite : pourquoi ?
.....
.....
.....

Question 14.3 :

Quel était approximativement le poids de votre dernier enfant à sa naissance ?

Question 15 : Les suites de couches :

Question 15.1 : L'alimentation du nouveau-né.

Quel mode d'alimentation de votre nouveau-né avez-vous choisi ?

- Allaitement maternel (au sein)
- Allaitement artificiel (au biberon)
- Allaitement mixte

Question 15.2 : Evaluation de la douleur.

Lors de votre séjour en maternité, idéalement au troisième jour d'hospitalisation après l'accouchement sinon juste avant votre départ, à combien évalueriez-vous votre douleur au niveau du périnée sur une échelle de 0 à 10 ? **0** correspondant à « aucune douleur » et **10** à « la pire douleur que vous vous n'avez jamais connue »

Question 15.3 :

Cette douleur a-t-elle été prise en charge ?

- OUI
- NON
- Je n'en avais pas besoin
- Ne sais pas

Si oui, par quels moyens (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Paracétamol (doliprane)
- Ibuprofène (antiinflammatoire)
- Kétoprofène (antiinflammatoire)
- Morphiniques (acupan)
- Application de chaud (douche, compresses chaudes, etc.)
- Morphiniques (acupan)
- Acupuncture
- Application de glace
- Huile essentielle
- Massage du périnée
- Autres :
- Ne sais pas.

Cette prise en charge de la douleur vous a-t-elle parue satisfaisante (disparition de la douleur) ?

- OUI
- NON
- Moyennement

Voulez-vous laissez un commentaire ou nous faire part de quelque chose ?

Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire et ainsi d'avoir participé à mon enquête.

Si vous le permettez, vous serez recontactée par mail ou appel téléphonique dans 8 semaines pour un nouveau questionnaire (qui ne vous prendra pas plus de 3 minutes) afin de pouvoir porter des conclusions à cette étude. Nous vous contacterons préférentiellement par mail, sans réponse de votre part après un certain délai nous nous permettrons, avec votre accord, de vous contacter par appel téléphonique.

Nous vous avons attribué un numéro de traçabilité (qui s'affiche en haut de chaque page) afin de respecter votre anonymat. Lors du prochain questionnaire, vous pourrez renseigner ce numéro de traçabilité (à conserver) sur le formulaire. Nous vous adresserons un mail dans les prochains jours, afin de vous rappeler ce numéro au cas où vous l'auriez perdue.

Votre numéro de traçabilité est le : ...

Merci de renseigner, s'il vous plait, vos coordonnées téléphoniques et votre adresse mail (si vous en possédez) :

Tél :

E-mail :@.....

Mlle Judith Bon (étudiante Sage-Femme).

E-mail : judithbon26@gmail.com

Tel : 06 XX XX XX XX

Annexe II : Questionnaire numéro 2

12/04/2017

Deuxième questionnaire pour l'enquête de Mlle Bon Judith

Deuxième questionnaire pour l'enquête de Mlle Bon Judith

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Clermont-Ferrand. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels.

J'ai précédemment sollicité votre participation à mon enquête en répondant à un premier questionnaire lors de votre séjour en maternité. Dans lequel il vous était expliqué qu'un deuxième contact serait établi aux alentours de la 8ème semaine suivant votre accouchement. Ainsi je vous demande de remplir un second questionnaire, qui ne vous prendra que 5 minutes, afin de pouvoir porter des conclusions à mon enquête. L'anonymat restera, ici aussi, conservé, vous restez néanmoins libre de participer ou non à cette enquête. Il m'est indispensable d'avoir un maximum de réponses à ce questionnaire.

Ce questionnaire vous est envoyé sous forme de « google Forms ». Pour le remplir vous n'avez qu'à cliquer sur le lien indiqué "Remplir dans google Forms", répondre par un simple clic dans la case concernée, ou en écrivant dans l'espace dédié, les modifications sont automatiquement enregistrées et enfin finaliser en cliquant sur "envoyer"

Je vous remercie par avance pour votre participation et pour l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

Cordialement,

Mlle BON Judith
Etudiante Sage-Femme
A l'Ecole de Sages-Femmes
Centre Hospitalier Universitaire
R1 - 5ème étage - Université d'Auvergne
28 place Henri Dunant - B.P 38
63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
judithbon26@gmail.com
Tel: 06 29 63 47 65

*Obligatoire

1. Veuillez s'il vous plaît indiquer le numéro de traçabilité que vous deviez conserver. (En cas d'oubli ou de perte ce numéro vous avez été envoyé par mail ces dernières semaines, portant comme objet « numéro de traçabilité » envoyé par cette même adresse). Ainsi l'anonymat sera conservé. *

I. Les différents troubles du périnée

2. Question 1 : Depuis votre dernier accouchement avez-vous eu certains troubles au niveau du périnée ? (plusieurs réponses sont possibles) **Plusieurs réponses possibles.*

- NON
- Un hématome
- Des oedèmes
- Une infection
- Des hémorroïdes
- Une inflammation des points de sutures
- Une désunion des points de sutures
- Ne sais pas
- Autre : _____

3. Question 2: Depuis votre accouchement, une rééducation du périnée vous a-t-elle été prescrite? **Une seule réponse possible.*

- OUI *Passez à la question 4.*
- NON *Passez à la question 5.*

La rééducation du périnée**4. Question 2.1 : Pourquoi cette rééducation vous a-t-elle été prescrite? ****Plusieurs réponses possibles.*

- Diminution du tonus du périnée
- Incontinence urinaire
- Incontinence au gaz
- Incontinence anale
- Prolapsus (descente d'organe)
- Douleurs périnéales
- Dyspareunies (douleurs lors d'une activité sexuelle)
- Ne sais pas
- Autre : _____

La Visite post-natale**5. Question 3 : Avez-vous réalisé votre visite post-natale ? ****Une seule réponse possible.*

- OUI *Passez à la question 7.*
- NON *Passez à la question 6.*
- Bientôt *Passez à la question 7.*

6. Question 3.1 : Pourquoi? *

II. L'Alimentation du nouveau-né**7. Question 4 : Quel est/était le mode d'alimentation de votre nouveau-né ? ***

Une seule réponse possible.

- Allaitement (au sein) *Passez à la question 8.*
- Biberon *Passez à la question 10.*
- Mixte (les deux) *Passez à la question 8.*

L'allaitement**8. Question 4.1 : Si vous avez allaité, pendant combien de temps ? ***

9. Question 4.2 : Avez-vous utiliser des gel lubrifiants intimes pour corriger une sécheresse vaginale due à l'allaitement ? *

Plusieurs réponses possibles.

- OUI
- NON
- Je n'étais pas a courant

III. La reprise des rapports sexuels**10. Question 5 : Aujourd'hui, la reprise des rapports sexuels a-t-elle eu lieu depuis l'accouchement ? ***

Une seule réponse possible.

- OUI (1 seul rapport ou plus) *Passez à la question 12.*
- NON (0 rapport) *Passez à la question 11.*

IV. S'il n'y a pas eu de reprise des rapports sexuels

11. Question 6 : Pour quelle raison ? (Plusieurs réponses possibles) **Plusieurs réponses possibles.*

- Absence du conjoint
- Pas le temps
- Douleur au niveau du périnée et/ou du vagin
- Pas l'envie
- Peur de retomber enceinte
- Peur d'avoir mal
- Ne sais pas
- Autre : _____

*Passez à la question 21.***IV. S'il y a eu une reprise des rapports sexuels****Question 6: Le délai entre l'accouchement et la reprise d'une activité sexuelle.**

12. Question 6.1 : Le délai entre l'accouchement et la reprise d'une activité sexuelle a-t-il été trop court? **Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON
- Ne sais pas
- Autre : _____

13. Question 6.1.1: Si oui, pourquoi?

14. Question 6.2: Et inversement, ce délai a-t-il été trop long?*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON
- Ne sais pas
- Autre : _____

15. Question 6.2.1: Si oui, pourquoi?

16. Question 7 : Y-a-t-il eu des douleurs au cours du ou des rapports sexuels ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 17.*
- NON *Passez à la question 20.*

Douleurs au cours des rapports**17. Question 7.1 : Pouvez-vous évaluer votre douleur sur une échelle de 0 à 10 ? ***

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

« aucune douleur » « la pire douleur que vous n'ayez jamais connu »

18. Question 7.2 : Avez-vous consulté un professionnel médical pour parler de cette douleur? *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON *Passez à la question 20.*

19. Question 7.3 : La prise en charge proposée vous a-t-elle parue adaptée, elle aurait ainsi permis de soulager cette douleur? *

Plusieurs réponses possibles.

- OUI
- NON
- Autre : _____

V. Suite à la reprise

20. **Question 8: La présence d'une douleur lors des rapports sexuels (dyspareunies) a-t-elle limité votre activité sexuelle? ***

Plusieurs réponses possibles.

- OUI
- NON
- Ne sais pas
- Autre : _____

VI. Méthode contraceptive

21. **Quelle méthode contraceptive avez-vous depuis votre accouchement? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Une contraception orale (pilule) progestative
- Une contraception orale (pilule) oestro-progestative
- Un stérilet (DIU) au cuivre
- Un stérilet (DIU) hormonal
- Un implant (Nexplanon)
- Des patch oestro-progestatifs
- Un anneau vaginal oestro-progestatif
- Ne sais pas
- Préservatifs
- Autre : _____

Avez vous un commentaire à ajouter concernant votre vécu lors de la reprise d'une activité sexuelle? (cette question est facultative)

22.

Annexe III : Dictionnaire des variables

- A. Numéro d'anonymat
- B. Mode d'accouchement
 - 0 = Accouchement voie basse normal
 - 1 = Ventouse
 - 2 = Forceps
 - 3 = Spatule
- C. Terme d'accouchement
 - 0 = Supérieur ou égal à 37 SA
 - 1 = Inférieur à 37 SA
- D. Age (en années)
- E. Le niveau d'études
 - 0 = sans diplôme ou brevet des collèges
 - 1 = CAP ou BEP
 - 2 = Baccalauréat général, technologique ou professionnel
 - 3 = diplôme de niveau BAC + 2
 - 4 = diplôme de second ou troisième cycle universitaire
- F. Votre profession
 - 0 = agriculteurs exploitants
 - 1 = artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - 2 = cadre et professions intellectuelles supérieures
 - 3 = professions intermédiaires
 - 4 = employés
 - 5 = ouvriers
 - 6 = retraités
 - 7 = autres personnes sans activité professionnelle
- G. Vie en couple
 - 0 = OUI
 - 1 = NON
- H. Poids en début de grossesse (Kg)
- I. Poids en fin de grossesse (Kg)
- J. Taille (cm)
- K. Prise de poids (Kg)
- L. Gestité / parité (Gx Py)
- M. Mode des précédents Accouchements
 - 0 = Par voie basse uniquement
 - 1 = Utilisation d'une ventouse (voir question 8.3)
 - 2 = Utilisation d'un forceps (voir question 8.3)
 - 3 = Spatule (voir question 8.3)
 - 4 = Uniquement par césarienne
 - 5 = Par césarienne et voie basse
 - 6 = Je ne sais pas
- N. Poids des anciens Nouveau-nés (Kg)
- O. Etat périnéal antérieur
 - 0 = Périnée intact
 - 1 = Déchirure simple

- 2 = Déchirure importante
- 3 = Episiotomie
- 4 = Je ne sais pas

P. Prescription de rééducation périnéale avant cette grossesse

- 0 = OUI
- 1 = NON

Q. Rééducation effectuée

- 0 = OUI
- 1 = NON

R. Type de grossesse (actuelle)

- 0 = simple
- 1 = gémellaire
- 2 = Triplet ou plus

S. PNP réalisée

- 0 = OUI
- 1 = NON

T. PNP classique à l'hôpital

- 0 = OUI
- 1 = NON

U. PN classique en libéral

- 0 = OUI
- 1 = NON

V. Sophrologie

- 0 = OUI
- 1 = NON

W. Chant prénatal

- 0 = OUI
- 1 = NON

X. Haptonomie

- 0 = OUI
- 1 = NON

Y. Piscine

- 0 = OUI
- 1 = NON

Z. Yoga

- 0 = OUI
- 1 = NON

AA. Relaxation

- 0 = OUI
- 1 = NON

Type de PNP (préparation à la naissance et à la parentalité)

AB. Massage périnéal réalisé pendant la grossesse

- 0 = OUI
- 1 = NON

AC. Autres soins réalisés

- 0 = OUI
- 1 = NON

AD. Péridurale pendant l'accouchement

- 0 = OUI
- 1 = NON

AE. Satisfaction personnelle lors de l'accouchement

- 0 = Très satisfaite
- 1 = satisfaite
- 2 = moyennement satisfaite
- 3 = pas satisfaite

AF. Le poids du nouveau-né actuel (Kg)

AG. Le type d'alimentation du nouveau-né

- 0 = allaitement maternel
- 1 = artificiel
- 2 = mixte

AH. Evaluation de la douleur périnéale de 0 à 10

AI. Prise en charge de la douleur

- 0 = OUI
- 1 = NON
- 2 = je n'en avais pas besoin
- 3 = ne sait pas

AJ. Paracétamol

- 0 = OUI
- 1 = NON

AK. Ibuprofène

- 0 = OUI
- 1 = NON

AL. Kétoprofène

- 0 = OUI
- 1 = NON

AM. Les morphiniques

- 0 = OUI
- 1 = NON

Les différents moyens de PEC de la douleur périnéale

AN. Application de chaud

- 0 = OUI
- 1 = NON

AO. Acupan

- 0 = OUI
- 1 = NON

AP. Application de glace

- 0 = OUI
- 1 = NON

AQ. Application d'huiles essentielles

- 0 = OUI
- 1 = NON

AR. Massage du périnée

- 0 = OUI
- 1 = NON

AS. Autre : arnica

- 0 = OUI
- 1 = NON

AT. Satisfaction de la prise en charge de la douleur

- 0 = OUI
- 1 = NON
- 2 = moyennement

AU. Etat périnéal

- 0 = périnée intact
- 1 = déchirures de degré 1 (superficielle)
- 2 = de degré 2 (simple)
- 3 = de degré 3 (complet)
- 4 = de degré 4 (complet compliqué)
- 5 = épisiotomie

Les différents moyens de PEC de la douleur périnéale

AW. Aucun trouble périnéal après l'accouchement

- 0 = OUI
- 1 = NON

AX. Présence d'un hématome

- 0 = OUI
- 1 = NON

AY. Présence d'œdèmes

- 0 = OUI
- 1 = NON

AZ. Présence d'une infection

- 0 = OUI
- 1 = NON

BA. Présence d'hémorroïdes

- 0 = OUI
- 1 = NON

BB. Présence d'une inflammation des points de sutures

- 0 = OUI
- 1 = NON

BC. Présence d'une désunion des points de suture

- 0 = OUI
- 1 = NON

BD. Ne sais pas

- 0 = OUI
- 1 = NON

BE. Prescription d'une rééducation périnéale

- 0 = OUI
- 1 = NON

BF. Pour diminution du tonus périnéal

- 0 = OUI
- 1 = NON

BG. Pour incontinence urinaire

- 0 = OUI
- 1 = NON

Les différents troubles du périnée
depuis l'accouchement

Les indications de la prescription
de rééducation

BH. Pour incontinence au gaz

- 0 = OUI
- 1 = NON

BI. Pour incontinence anale

- 0 = OUI
- 1 = NON

BJ. Pour Prolapsus

- 0 = OUI
- 1 = NON

BK. Pour douleur périnéale

- 0 = OUI
- 1 = NON

BL. Pour dyspareunie

- 0 = OUI
- 1 = NON

BM. Ne sais pas

- 0 = OUI
- 1 = NON

Les indications de la prescription
de rééducation

BN. La visite post-natale a-t-elle été réalisée ?

- 0 = OUI
- 1 = NON
- 2 = bientôt

BO. L'alimentation du NN

- 0 = allaitement maternel
- 1 = allaitement artificiel
- 2 = allaitement mixte

BP. Si allaitement maternel ou mixte, pendant combien de temps ? (en jours)

BQ. Si allaitement maternel ou mixte, avez-vous utilisé un lubrifiant vaginal ?

- 0 = OUI
- 1 = NON
- 2 = Je n'étais pas au courant

BR. La reprise des rapports sexuels a-t-elle eu lieu ?

- 0 = OUI
- 1 = NON

BS. Absence du conjoint

- 0 = OUI
- 1 = NON

BT. Pas le temps

- 0 = OUI
- 1 = NON

BU. Douleur au niveau du périnée et/ou du vagin

- 0 = OUI
- 1 = NON

BV. Pas l'envie

- 0 = OUI
- 1 = NON

BW. Peur de retomber enceinte

- 0 = OUI
- 1 = NON

BX. Peur d'avoir mal

- 0 = OUI
- 1 = NON

BY. Ne sais pas

- 0 = OUI
- 1 = NON

Les raisons d'une absence de reprise des rapports sexuels 2 mois après l'accouchement

BZ. En cas de reprise des rapports sexuels, la durée entre l'accouchement a été jugée :

- 0 = trop courte
- 1 = trop longue
- 2 = Normale

CA. En cas de reprise des rapports sexuels, présence de dyspareunies (douleur pendant les rapports) sur une échelle de 0 à 10

CB. Consultation d'un professionnel de santé pour cette douleur

- 0 = OUI
- 1 = NON

CC. Satisfaction de la prise en charge proposée (→ soulagement de la douleur)

- 0 = OUI
- 1 = NON


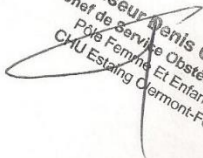
CD. Cette douleur a-t-elle entraînée une diminution de la fréquence des rapports sexuels (ou une autre gêne...)

- 0 = OUI
- 1 = NON

CE. Les différents types de contraceptions

- 0 = aucune
- 1 = Une contraception orale (pilule) progestative
- 2 = Une contraception orale (pilule) oestro-progestative
- 3 = Un stérilet (DIU) au cuivre
- 4 = Un stérilet (DIU) hormonal
- 5 = Un implant (Nexplanon)
- 6 = Des patch oestro-progestatifs
- 7 = Un anneau vaginal oestro-progestatif
- 8 = Préservatifs
- 9 = Ne sais pas

Annexe IV : Demande d'autorisation au CIL et à la CNIL

 <p>CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND</p>	<p>DEMANDE DES DOSSIERS MEDICAUX & ET ACCORD DU CHEF DE SERVICE</p>
ETUDE FAITE PAR :	BON Judith Etudiante Sage-Femme A l'école de Sage-Femme de Clermont-Ferrand N° de téléphone : 06 29 63 47 65 Adresse mail personnelle : judithbon26@gmail.com Adresse mail étudiante : judith.bon@etu.udamail.fr
Durée prévisionnelle de la thèse ou de l'étude : du 18 Juillet 2016 au 20 Octobre 2016 Nombre de dossiers : 300	
<p>ACCORD DU CHEF DE SERVICE POUR LA SORTIE DES DOSSIERS MEDICAUX CORRESPONDANT A L'ETUDE</p>	
Je soussigné <i>J. G. M. T.</i> chef du service <i>Antibiotique</i>	
CHU ESTAING de Clermont-Ferrand autorise	
M. <i>de BON Judith</i>	
Interne ou étudiant en <i>L. d'antibiotique</i>	
A faire sortir les dossiers nécessaires pour sa thèse ou étude sur la période demandée.	
Date <i>19/07/2016</i>	Signature et Tampon  Professeur Denis GALLOT Chef de Service Obstétrique Pôle Femme Et Enfant CHU Estaing Clermont-Fd

**AUTORISATION
POUR QUESTIONNAIRE / ENQUETE /
ENTRETIEN 4^{ème}, 5^{ème} ANNEES DES ETUDES
DE MAÏEUTIQUE**

Nom et prénom de l'étudiant : BON Judith

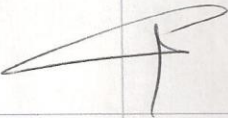

Année d'études : 4^{ème} année

- Objectifs de la réalisation :
 - Objectif principal : Evaluer l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels.
 - Objectif secondaire : Evaluer la présence de dyspareunies à la reprise des rapports sexuels.

- Calendrier :
 - Du 18 Juillet au 28 Juillet 2016 : Tester le questionnaire.
 - Du 29 Juillet au 20 Octobre 2016 : Distribution des questionnaires et recueil de données.
 - A partir du 20 Octobre 2016 : traiter et analyser les résultats.
 - De Décembre 2016 à Mars 2017 : Rédaction du mémoire.

- Modalités et lieu de l'enquête : Etude monocentrique et observationnelle, réalisée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Estaing de Clermont-Ferrand. L'ensemble des données seront analysées au sein du CHU Estaing.

Autorisations

	Date	Remarques	Nom et Signature
Médecin responsable du pôle ou du service	19/7/16	Professeur Denis GALLOT Chef de Service Obstétrique Pôle Femmes Et Enfants CHU Estaing Clermont-Fd Gynécologie-Obstétrique & reproduction Humaine	
Sage-femme responsable du pôle ou du service	20/7/16	Florence DELPIROU Sage-femme - Cadre supérieur Secteur Obstétrique	
Directeur de mémoire			
Co-directeur de mémoire (le cas échéant)			

LETTRE D'INFORMATION

Evaluer l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise de la vie sexuelle et affective

Investigateurs

- Bon Judith, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Madame Parayre Inès, Enseignante à l'école de Sage-Femme de Clermont-Ferrand.
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail :

judith.bon@etu.udamail.fr et **iparayre@chu-clermontferrand.fr**.

Madame,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise de la vie sexuelle et affective ".

Il s'agit d'une étude sur « l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise de la vie sexuelle et affective », réalisée au sein du service de suites de couche en maternité au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Parayre Inès.

1. Pourquoi cette étude

Parfois des troubles périnéaux et des douleurs périnéales peuvent persister dans le post-partum malgré une prise en charge médicale efficiente. Aussi, ces éléments peuvent parfois perturber la reprise d'une vie sexuelle et affective au sein du couple. Nous souhaiterions étudier le lien potentiel entre la présence d'une douleur périnéale dans le post-partum immédiat et le retard éventuel d'une reprise d'une activité sexuelle et affective dans le post-partum.

2. L'étude en pratique

Nous demanderons à chaque participante de **donner leur consentement écrit** préalablement au début de l'enquête.

Une fois l'information reçue, nous demanderons à chaque participante hospitalisée en suites de couches au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Estaing de Clermont-Ferrand de remplir un premier questionnaire, idéalement, **au troisième jour de leur hospitalisation**, ou en cas de séjour écourté, juste avant leur départ.

Nous vous demanderons ensuite le **remettre à l'équipe médicale du service**.

Avec leur autorisation, les patientes, éligibles à l'étude, seront recontactées **préférentiellement par mail, environ huit semaines** plus tard pour un second questionnaire. Le 2^{ième} questionnaire sera réalisé en ligne grâce à un lien internet figurant dans le courriel.

Pour les patientes qui le souhaitent ou sans réponse de votre part, une semaine après le contact par mail, nous nous permettrons de vous contacter par téléphone.

Toutes les réponses des questionnaires seront anonymes. Afin de respecter au mieux l'anonymat, un **numéro d'anonymat** sera attribué à chaque patiente lors du premier questionnaire. Ce numéro devra être reporté sur le deuxième formulaire. Nous vous rappellerons lors de l'envoi par mail, du lien de participation au 2^{ième} questionnaire en ligne, ce numéro d'anonymat.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Conformément aux dispositions de cette dernière, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est **entièrement libre et volontaire**.

Vous êtes **libre de refuser d'y participer** ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. **Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, votre refus n'aura aucun impact sur votre prise en charge ultérieure.**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Madame Parayre Inès (directrice du mémoire) à l'adresse suivante :

Ecole de Sages-Femmes

Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand

Université d'Auvergne

5^{ième} étage- R 1

28 place Henri Dunant - BP 38

63001 Clermont-Ferrand Cedex 1 (France)

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Madame Parayre Inès, titre du directeur : Tél : 04.XX.XX.XX.XX ou
Mail : iparayre@chu-clermontferrand.fr,

Mademoiselle Bon Judith, étudiant(e) sage-femme : Tél : 06.XX.XX.XX.XX ou
Mail : judith.bon@etu.udamail.fr.

Pour rappel, si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

Annexe VI : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Evaluer l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise de la vie sexuelle et affective

Directeur du mémoire : Parayre Inès, iparayre@chu-clermontferrand.fr.

Investigateur : Bon Judith, judith.bon@etu.udamail.fr

L'étudiante sage-femme, Bon Judith.

Adresse : Ecole de sages-femmes, Site universitaire Dunant 28 place Henri DUNANT,
63001 Clermont-Ferrand BP 38. Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « Evaluer l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels. »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiant(e) sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiant(e) sage-femme qui m'a présenté(e) l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiant(e) sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiant(e) sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulé : « Evaluer l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels. »

- Noms:

Prénoms:

- Courriel :

- Numéro de téléphone:

Je refuse de participer à l'étude intitulé : « Evaluer l'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels. »

Fait (en double exemplaire) à :

le :

Signatures

Résumé

Introduction : Les risques de troubles périnéaux et de douleur périnéale suite à l'accouchement sont très fréquents, causant dans certains cas une perturbation du quotidien de la femme et, parfois, une altération de sa sexualité, sexualité considérée comme indispensable pour la plupart des femmes. Cette étude avait pour but d'évaluer l'influence de la douleur périnéale suite à l'accouchement sur la reprise des rapports sexuels et sur la présence de dyspareunies. Puis, de rechercher les différents facteurs probablement prédictifs de douleur périnéale et de reprise des rapports.

Patientes et méthode : Une étude observationnelle à visée étiologique a été réalisée dans une maternité de type III d'Auvergne-Rhône-Alpes. Parmi les patientes incluses dans l'étude, 189 ont répondu à un premier questionnaire, distribué lors de leur séjour en maternité et 174 ont répondu à un deuxième questionnaire, huit semaines après.

Résultats : A huit semaines du post-partum, 124 patientes avaient repris les rapports sexuels (71,3%). Les patientes présentant une douleur à J+3 n'avaient statistiquement et significativement pas repris les rapports. Il était principalement retrouvé, pour causes de non reprise, la peur d'avoir mal et une douleur périnéale et/ou vaginale encore présente. Les résultats de l'étude ont aussi permis, de mettre en avant une relation négative de la douleur périnéale à J+3 du post-partum sur la présence de dyspareunies suite à la reprise des rapports. Enfin cette étude retrouvait, comme principaux facteurs prédictifs de douleur périnéale et de reprise des rapports dans le post-partum, le mode d'accouchement et les lésions périnéales dues à l'accouchement.

Discussion : Les résultats de cette étude semblaient être en accord avec ceux de la littérature. Cependant trop peu d'études ont été réalisées jusqu'alors, ne permettant pas une analyse active de la littérature.

Mots clés : Douleur périnéale – Rapports sexuels – Post-partum – Dyspareunie

Abstract

Background : The risks of perineal pain and troubles due to a delivery are very usual, often causing an upheaval in the woman's everyday life, and sometime, an alteration of her sex life, considered as compulsory for the majority of women. This study aimed to assess the influence of the perineal pain due to the delivery on the intercourse recovery and on the dyspareunia. Then, to look for the different factors, probably lead to perineal pain and intercourse recovery.

Study design : An observational and etiologic study was realised in a maternity ward of Auvergne-Rhône-Alpes (type III). Among the patients of the study, 189 filled on the first questionnaire, handed out during their first stay, and 174 filled on the second questionnaire, eight weeks after their childbirth.

Results : At eight weeks on the postpartum period, 124 patients had renewed their sex life (71,3%). The patients who had a pain 3 days after the childbirth didn't statistically and significantly recover intercourses. The main causes of non-recovery were the scare of having pain and a perineal and/or vaginal pain still felt. The results of the study also underline a negative relation of the perineal pain 3 days after the delivery on the presence of dyspareunia. To conclude, this study links the delivery way and perineal lesions as major factors resulting in a perineal pain and intercourse recovery in the post-partum period.

Discussion : The results of this study seemed to match with those of the literature. Nevertheless too few studies were realised until now, that does not allow a precise analyse of the literature.

Key words : perineal pain – intercourses – post-partum period – dyspareunia